

Université de Montréal

Une proposition d'intervention de pratique réflexive visant les infirmières pour l'amélioration
des soins palliatifs en centre de soins de longue durée

par

Lorie Lord-Fontaine

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M. Sc.)
en sciences infirmières,
option formation

Avril 2015

© Lorie Lord-Fontaine, 2015

Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Ce travail dirigé intitulé :

Une proposition d'intervention de pratique réflexive visant les infirmières pour l'amélioration
des soins palliatifs en centre de soins de longue durée

Présenté par :

Lorie Lord-Fontaine

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Monsieur Alain Legault, directeur du travail dirigé

Madame Véronique Dubé, membre du jury

Avril 2015

Résumé

En établissements de soins de longue durée, les personnes âgées sont admises avec un état général détérioré. La majorité d'entre eux y décèderont mais ne recevront pas les soins palliatifs requis par leur condition. La littérature dénote, entre autres, un manque de formation de la part du personnel à ce sujet. Ce travail dirigé propose donc une intervention de pratique réflexive en tant que stratégie de formation continue des infirmières en soins de longue durée au sujet des soins palliatifs. Le cadre de référence retenu pour ce travail se compose d'une combinaison de deux modèles qui sont l'approche par compétences (APC) ainsi que le modèle de « développement d'équipes de soins réflexives » proposé par Ghaye (2005). Guidé par ce cadre de référence et par la recension des écrits sur la pratique réflexive, une intervention de formation continue hybride est proposée. Celle-ci est composée de : 1) groupe de pratique réflexive basé sur des incidents critiques relatés par les participants; et de 2) ateliers thématiques construits autour d'études de cas. Les ateliers thématiques portent sur les lacunes dans la formation identifiées par la recension des écrits en soins palliatifs. Le développement professionnel des infirmières travaillant en soins de longue durée se veut un levier afin que la clientèle hébergée puisse bénéficier de soins palliatifs de qualité.

Mots-clés : soins palliatifs, fin de vie, soins de longue durée, pratique réflexive, formation continue, infirmières, développement professionnel

Abstract

In long term care facilities, the elderly are admitted with a deteriorated condition. The majority of them will spend their last days there, but will not receive palliative care as required by their state. Literature indicates a lack of training for the staff about end-of-life care. The aim of this paper is to offer a continuing education strategy about palliative care, consisting in a reflective practice intervention for nurses in long-term care. The framework chosen for this work consists of a combination of two models, which are the competency-based approach and the model of "development of reflexive health care teams" proposed by Ghaye (2005). Guided by this framework and the literature review on reflective practice, a hybrid continuing education strategy is proposed. The strategy is composed of: 1) reflective practice group based on critical incidents reported by the participants and 2) thematic workshops built around case studies. The thematic workshops are based on training gaps identified by the literature review in palliative care. The professional development of nurses working in long-term care is intended as a lever so that the elderlies living in these facilities can benefit from quality palliative care.

Keywords: palliative care, end-of-life, long-term care, reflective practice, continuing education, nurses, professional development

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
Liste des figures	viii
Liste des sigles	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	11
La problématique	11
Le but du travail dirigé.....	14
Les objectifs	14
La méthode.....	15
Le cadre de référence	19
L’approche par compétences (APC)	19
Le développement d’équipes de soins réflexives	21
Chapitre 1. La recension des écrits sur les soins palliatifs en soins de longue durée	24
1.1 Le portrait de la clientèle âgée en centre de soins de longue durée et de ses besoins.....	24
1.1.1 Les causes de décès et symptômes associés	24
1.1.2 Les besoins des résidents et familles	25
1.2 Les défis et difficultés à prodiguer des soins palliatifs en soins de longue durée.....	26
1.2.1 Le manque de personnel et la difficulté de rétention	27
1.2.2 Les besoins de formation du personnel	30
1.2.3 La gestion de la douleur et autres symptômes.....	32
1.2.4 L’identification de la phase terminale	34

1.2.5 Les traitements disproportionnés.....	35
1.2.6 Les directives anticipées.....	36
1.2.7 La mort, un tabou	37
1.2.8 Le soutien psychologique et spirituel.....	40
1.2.9 La souffrance des soignants.....	41
1.3 Les familles et les soins de fin de vie de leur proche hébergé	43
1.3.1 Les sources de satisfaction et d’insatisfaction.....	44
1.3.2 Les besoins des familles	47
1.3.3 Les conflits	48
Chapitre 2. La recension des écrits sur la pratique réflexive	51
2.1 Les fondements	51
2.1.1 La pratique réflexive en sciences infirmières.....	54
2.2 Les modèles ou méthodes pour guider la pratique réflexive.....	56
2.2.1 L’approche narrative de Johns.....	57
2.2.2 Le récit autobiographique.....	58
2.2.3 Le modèle du cycle expérientiel.....	59
2.2.4 La méthode des incidents critiques.....	60
2.3 Les écrits empiriques sur la pratique réflexive dans le domaine de la santé avant 2005	63
2.4 Les écrits empiriques sur la pratique réflexive en milieu clinique.....	67
2.4.1 Les approches individuelles	68
2.4.2 Les groupes de pratique réflexive.....	75
2.4.3 Les approches mixtes	84
Chapitre 3. Proposition	92

3.1 La préparation	93
3.1.1 Le soutien organisationnel.....	93
3.1.2 Le recrutement des participantes	94
3.1.3 Le recrutement-rôle du facilitateur.....	96
3.2 Le processus	98
3.2.1 La durée et la fréquence des rencontres	98
3.2.2 Le déroulement.....	99
3.3 L'évaluation	105
Discussion.....	107
Conclusion	110
Bibliographie.....	112
Appendice A Modèle TA ² LK de Ghaye (2005)	124
Appendice B Grille d'analyse d'incidents critiques de Leclerc, Bourassa & Filteau (2010) ..	125
Appendice C Questionnaire de satisfaction sur la formation.....	126

Liste des figures

Figure 1. Diagramme de flot. Processus de recherche documentaire pour les soins palliatifs en soins de longue durée.	17
Figure 2. Diagramme de flot. Processus de recherche documentaire pour la pratique réflexive.	19

Liste des sigles

APC : Approche par compétences

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

IND : Infirmières nouvellement diplômées

IRP-UK : Institute of reflective practice du Royaume-Uni

OIIO : Ordre des infirmiers et infirmières de l'Ontario

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Remerciements

La réalisation de ce travail dirigé n'aurait pas été possible sans le soutien de personnes généreuses telles que ma famille, mes amis et les professeurs qui m'ont encouragée et poussée à donner le meilleur de moi-même.

Je remercie mes collègues de travail et d'études pour leur écoute et soutien dans tout mon cheminement ainsi que M. Alain Legault, mon directeur, pour ses judicieux conseils, son expertise et sa patience.

Mes remerciements à la Fondation Gracia du CSSS Bordeaux-Cartierville—St-Laurent et à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Bourse Mireille-Ducros) pour leur appui financier dans ce projet.

Un merci tout spécial à André, mon conjoint pour son amour, ses encouragements, sa patience et sa confiance indéfectible dans la réussite de ce projet. Et finalement, merci à Alexandre, ma petite boule d'énergie, qui a dû accepter de partager sa maman avec de longues heures d'études.

Introduction

La problématique

Dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec, on assiste, depuis deux décennies, à une détérioration de l'état général de la clientèle qui est admise. En effet, celle-ci est de plus en plus fragile, malade et âgée puisque 42 % ont 85 ans et plus (Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux [AQESSS], 2014). Un nombre croissant de résidents sont admis à des stades avancés de leur maladie et sont donc très dépendants à leur arrivée selon le personnel en soins de longue durée¹ (Wowchuk, McClement, & Bond, 2006). De 50 à 70 % de la clientèle âgée en CHSLD souffriraient de démence ou de troubles cognitifs (Voyer, Collin, Racine, & Bourque, 2013) et le deux tiers ont trois maladies chroniques ou plus (Miller, Teno, & Mor, 2004).

Le travail auprès des personnes âgées en soins de longue durée est exigeant. Plusieurs facteurs prédictifs de stress et d'épuisement professionnel sont présents dans ce milieu, tels que le manque de connaissance du personnel soignant sur les soins aux personnes âgées, les conflits avec les familles ainsi que les conditions de travail difficiles (Abrahamson, Jill Sutor, & Pillemer, 2009; Daneault & Mongeau, 2006). De plus, une étude américaine (Rickerson et al., 2005) révèle que le personnel soignant en établissement de soins de longue durée éprouve plusieurs symptômes du deuil reliés aux nombreux décès des résidents.

Effectivement, pour la majorité des personnes hébergées, le CHSLD sera leur dernière demeure. Au Canada, 39 % de tous les décès surviennent en établissements de soins de longue durée (Brazil et al., 2006). Au Québec, le taux de décès annuel en CHSLD est d'au moins

¹ Personnel soignant ou personnel en soins de longue durée seront des termes utilisés de façon interchangeable dans le présent travail en fonction du contexte et inclus les infirmières, les infirmières auxiliaires ainsi que les préposés aux bénéficiaires. Lorsqu'il s'agit seulement des infirmières, cela sera précisé comme tel.

30 % (Marcoux & Léveillé, 2006). Ces établissements représentent donc un milieu où l'importance des soins palliatifs¹ devrait être reconnue, pourtant seulement 8 % de la clientèle hébergée a eu droit à de tels soins au Québec en 2003 (Marcoux & Léveillé, 2006). Cela signifie qu'une majorité de la clientèle hébergée qui aurait besoin de soins palliatifs n'y a pas accès. Le même phénomène semble aussi s'observer aux États-Unis (Carlson, 2007).

Même si le personnel en soins de longue durée côtoie la mort régulièrement, cela ne garantit aucunement qu'il aura les compétences requises pour prodiguer des soins palliatifs (Brazil & Vohra, 2005; Carlson, 2007; Wowchuk, McClement, & Bond, 2007). D'ailleurs, une des principales difficultés reliées aux soins palliatifs en soins de longue durée serait relié à des lacunes au niveau de la formation des soignants (Miller et al., 2004; Wowchuk et al., 2007). Elles sont rapportées autant de la part des gestionnaires, des familles que du personnel infirmier lui-même (Brazil et al., 2006; Brazil & Vohra, 2005; Kaasalainen, Brazil, Ploeg, & Martin, 2007; Munn et al., 2008; Munn & Zimmerman, 2006). Il est donc possible de constater que la plupart des acteurs concernés s'entendent pour dire que le besoin de formation en soins palliatifs en milieu de soins de longue durée est bien présent. Par contre, il y a lieu de se questionner sur les stratégies de formation à déployer pour favoriser un changement des pratiques dans ce milieu clinique.

Dans les milieux de soins, la méthode traditionnelle d'enseignement d'un expert qui transmet ses connaissances aux professionnels n'a que peu d'impact sur le changement de pratiques (Holmström & Rosenqvist, 2004). De plus, Estabrooks, Chong, Brigidear, et Profetto-McGrath (2005) ont rapporté que les infirmières canadiennes préfèrent fonder leurs

¹ Les termes soins palliatifs et soins de fin de vie seront considérés comme équivalents dans le présent travail. Leur usage dépendra du contexte.

connaissances sur leurs expériences personnelles ainsi que sur les interactions avec leurs collègues et leurs patients.

Dans le même ordre d'idée, depuis quelques années, la pratique réflexive est de plus en plus documentée dans la littérature en tant que stratégie d'apprentissage et de développement professionnel. La pratique réflexive consiste à analyser sa propre pratique professionnelle incluant les expériences, les émotions, les pensées, les actions et les savoirs (Atkins, 2004). En contexte clinique, plusieurs études ont permis de constater que l'utilisation de la pratique réflexive a entraîné : 1) un changement d'attitudes de la part du personnel soignant (Dubé & Ducharme, 2014; Peden-McAlpine, Tomlinson, Forneris, Genck, & Meiers, 2005); 2) l'augmentation de la cohésion des équipes et la confiance en soi des infirmières (Dawber, 2013a); et 3) l'augmentation de la satisfaction du personnel au travail (Turcotte, 2012). Selon quatre études récentes (Dawber, 2013a; Dubé & Ducharme, 2014; Goudreau et al., sous-presse; Turcotte, 2012), les groupes de pratique réflexive démontrent divers résultats positifs dans la pratique des infirmières en milieu de travail notamment sur la dispensation d'une meilleure qualité de soins aux patients/familles. L'Ordre des infirmiers et infirmières de l'Ontario (OIIO, 2013) encourage d'ailleurs ses membres à adopter une pratique réflexive afin d'assurer le développement de leurs compétences. La pratique réflexive apparaît donc comme une stratégie pédagogique innovatrice pour la formation continue des infirmières qui peut s'appliquer à la plupart des secteurs cliniques, dont celui des soins palliatifs (Bailey & Graham, 2007).

Les infirmières en CHSLD sont considérées comme des personnes ressources par les autres membres du personnel soignant en plus d'exercer un rôle de leadership, de coordination et de supervision clinique auprès des équipes de soins. Elles sont ainsi bien positionnées pour

agir à titre d'agent de changement au niveau des pratiques de soins. Par conséquent, ce sont donc les infirmières qui sont visées par la proposition d'intervention de formation continue qui sera proposée.

Le but du travail dirigé

Compte tenu des considérations précédentes, le but de ce travail dirigé est de proposer une intervention de pratique réflexive en tant que stratégie de formation continue des infirmières en soins de longue durée au sujet des soins palliatifs.

Les objectifs

- Effectuer une revue intégrative des écrits sur les soins palliatifs en contexte de soins de longue durée;
- Effectuer une revue intégrative des écrits sur la pratique réflexive en formation continue;
- Proposer une intervention concrète de pratique réflexive en lien avec les soins palliatifs auprès d'infirmières travaillant en CHSLD.

La méthode

La démarche retenue pour la recension des écrits est celle de la méthode intégrative de Whittemore et Knafl (2005) qui se distingue des autres méthodes par l'inclusion de diverses méthodologies de recherche afin de promouvoir la pratique infirmière basée sur des résultats probants. Cette méthode vise donc la conjugaison des écrits scientifiques empiriques et théoriques afin d'avoir une compréhension optimale d'un problème relié au domaine de la santé (Whittemore & Knafl, 2005). Cette méthode se compose de cinq étapes soit : 1) la formulation du problème; 2) la recherche de littérature; 3) l'évaluation de l'ensemble des données; 4) l'analyse des données; et 5) la présentation des résultats.

Dans la première étape, il s'agit d'identifier clairement la problématique de recherche et les objectifs poursuivis. Cela permettra de déterminer adéquatement les variables à rechercher pour extraire les données appropriées. Dans la deuxième étape, il s'agit d'avoir une stratégie de recherche bien définie afin d'identifier un maximum de sources de données primaires disponibles. À cette étape, il faut bien documenter les termes de recherche, les bases de données utilisées, les stratégies additionnelles et les critères d'inclusion et d'exclusion. À la troisième étape, la qualité de la littérature est évaluée au niveau méthodologique, de la valeur des informations et de l'authenticité. De plus, la représentativité et la qualité des sources primaires sont aussi considérées. À l'étape d'analyse des données, celles-ci sont classées, codifiées, comparées et réduites afin d'obtenir un résumé éclairant la problématique de recherche. Finalement, à la dernière étape, les résultats de la revue intégrative permettent de bien saisir l'ampleur et la profondeur de la problématique et contribuent à une nouvelle vision ou compréhension du phénomène étudié. À cette étape, il est possible d'émettre des recommandations pour la pratique et la recherche.

Cette méthode nous a permis d'avoir un portrait global des soins palliatifs en soins de longue durée et d'explorer rigoureusement la pratique réflexive en contexte clinique afin d'être en mesure d'élaborer une intervention de pratique réflexive visant le développement des compétences en soins palliatifs des infirmières auprès de la clientèle hébergée en fin de vie.

En ce qui touche aux soins palliatifs, les bases de données qui ont été consultées sont CINAHL, OvidMEDLINE, Cochrane ainsi que les sites gouvernementaux et du réseau de la santé. Les mots clés utilisés, selon différentes combinaisons, furent : *nursing home, palliative care, elderly care, end-of-life, long term care, elderly, family members, caregivers, nurses, health occupation, death, dying*.

Cette recherche s'est limitée aux articles publiés entre 2004 et 2014, en langue française ou anglaise dont le résumé était disponible. Les critères d'inclusion étant les soins palliatifs ou de fin de vie en soins de longue durée selon la perspective des résidents, familles, gestionnaires, experts ou du personnel soignant. Tout article portant sur les soins en milieu autre que les soins de longue durée a été exclu.

Cette démarche a permis d'identifier 939 articles dont 856 ont été exclus suite à la lecture du titre dont 8 étaient des doublons (voir Figure 1). Par la suite, la lecture du résumé, pour s'assurer de la pertinence des articles en lien avec l'objectif poursuivi, a permis d'exclure 25 autres articles. La lecture des références des articles retenus a permis d'ajouter 14 articles. Finalement, la lecture complète des articles a eu pour conséquence d'exclure 11 autres articles pour un résultat final de 61 articles. Parmi les articles, les écrits empiriques représentent 72 % du total des articles retenus (44/61), les écrits théoriques représentent 16 % (10/61) et les recensions d'écrits représentent 11 % (7/61). La majorité des articles sont issus du domaine

des sciences infirmières ($n = 35$) et du domaine médical ($n = 13$). La plupart proviennent des États-Unis ($n = 25$), du Canada ($n = 15$) et du Royaume-Uni ($n = 7$).

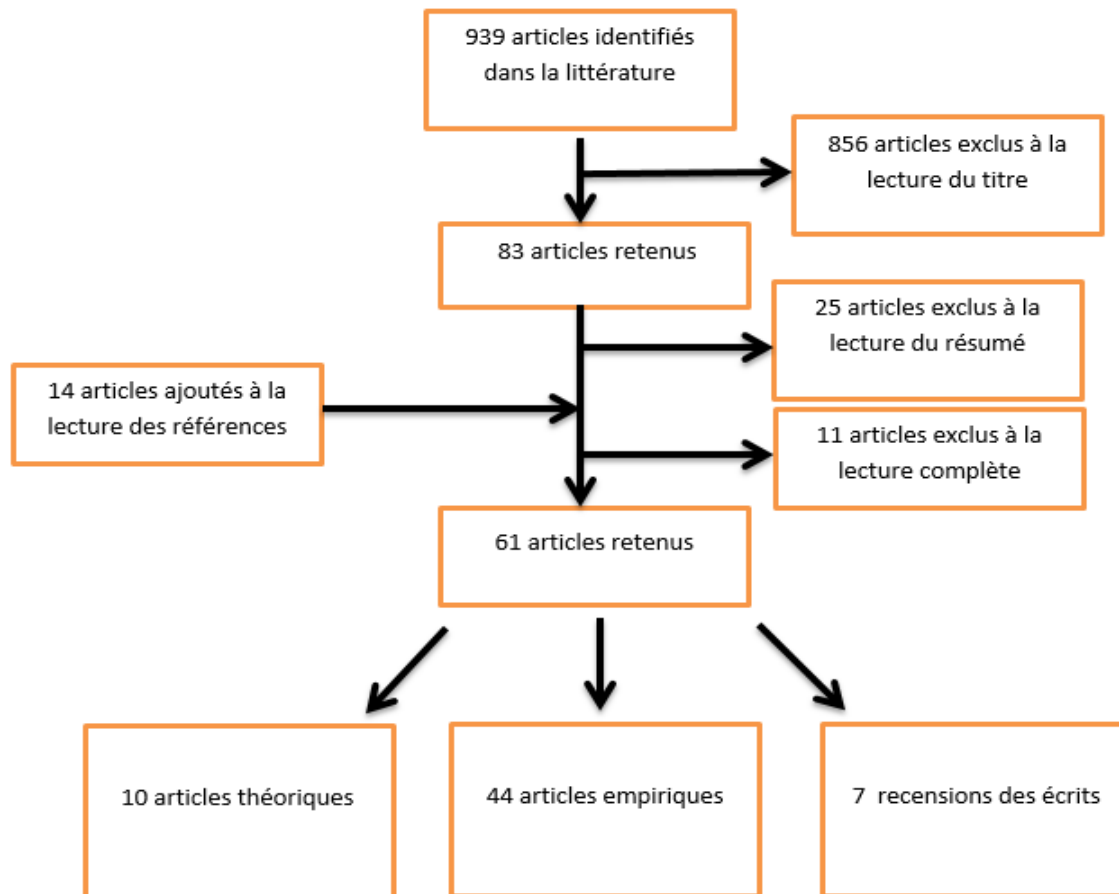


Figure 1. Diagramme de flot. Processus de recherche documentaire pour les soins palliatifs en soins de longue durée.

En ce qui concerne la pratique réflexive, les bases de données qui ont été consultées sont CINAHL, OvidMEDLINE, ERIC et CAIRN et Atrium (dissertation et thèse). Les mots clés utilisés selon diverses combinaisons furent: *reflective practice*, *reflection*, *educational intervention*, *nursing education*, *professional development*, *health occupation*, *nursing*, *nurses*, *critical reflection*.

Cette recherche s'est limitée aux articles publiés entre 2004 et 2014, en langue française ou anglaise dont le résumé était disponible. Les articles théoriques et les articles empiriques en milieu clinique portant sur les fondements, les méthodes et les approches de la pratique réflexive ont été retenus. Les articles empiriques provenant du milieu académique ont été exclus.

Cette démarche nous a permis d'identifier 815 articles (voir Figure 2). À la suite de la lecture du titre, 746 de ceux-ci ont été exclus. Subséquemment, la lecture du résumé, pour s'assurer de la pertinence des articles en lien avec l'objectif poursuivi, a eu pour résultat l'exclusion de 32 autres articles. La lecture des références des articles retenus a permis d'ajouter 12 articles. La lecture complète des articles a finalement permis d'exclure 8 autres articles pour un résultat final de 41 articles. Parmi les articles, les écrits empiriques représentent 58 % du total des articles retenus (24/41), les écrits théoriques représentent 36 % (15/41) et les recensions d'écrits représentent 2 % (2/41). La majorité des études empiriques sont issues du domaine des sciences infirmières ($n = 16$) et du domaine médical ($n = 4$). La plupart proviennent du Canada ($n = 6$) puis de Suède ($n = 3$), des États-Unis ($n = 3$), du Royaume-Uni ($n = 3$), du Brésil ($n = 3$) et du Royaume-Uni ($n = 3$).

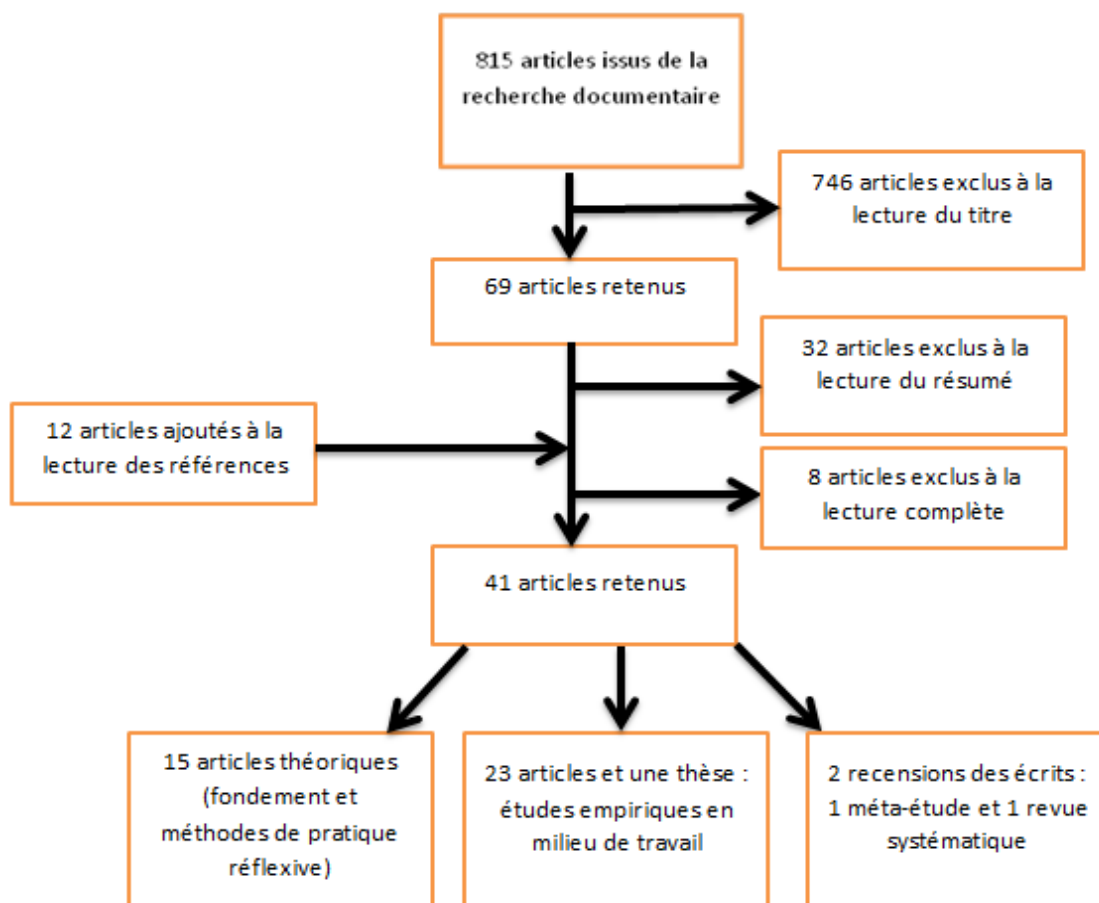


Figure 2. Diagramme de flot. Processus de recherche documentaire pour la pratique réflexive.

Le cadre de référence

Le cadre de référence retenu pour guider l'élaboration du présent travail dirigé se compose d'une combinaison de deux modèles qui sont l'approche par compétences (APC) ainsi que le modèle de « développement d'équipes de soins réflexives » proposé par Ghaye (2005).

L'approche par compétences (APC). L'APC est utilisée, entre autres, dans la formation universitaire des infirmières québécoises (Goudreau et al., 2009). Une compétence étant définie comme : « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison

efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations. » (Tardif, 2006, p. 22). De plus, selon Tardif (2006), une compétence possède cinq caractéristiques soient : 1) un caractère intégrateur; 2) un caractère combinatoire; 3) un caractère développemental; 4) un caractère contextuel; et 5) un caractère évolutif. Cette approche prend ses assises théoriques dans le constructivisme et le cognitivisme. Selon la perspective du constructivisme, tout nouvel apprentissage se greffe sur les connaissances précédentes de l'apprenant qui se retrouve donc à avoir un rôle actif puisqu'il construit ses connaissances tandis que l'enseignant sert de guide dans ce processus (Lasnier, 2000). Lorsque l'apprenant apprend en comparant ses perceptions à celles de ses pairs ou de l'enseignant, il s'agit alors d'une approche teintée de socioconstructivisme. En ce qui a trait au cognitivisme, il s'intéresse aux phases de l'acquisition des connaissances (activation, élaboration, organisation) et indique que l'objet d'apprentissage doit être assez complexe, mais pas trop abstrait ainsi que significatif pour l'apprenant afin de favoriser sa motivation (Goudreau et al., 2009; Lasnier, 2000).

Selon l'APC, l'apprentissage se construit par le biais d'activités ancrées dans la pratique. Lorsque l'apprenant résout des problèmes issus de sa pratique professionnelle, il doit ainsi mobiliser ses ressources internes et externes (Goudreau et al., sous-presse).

Ainsi, dans une perspective de formation continue d'apprenants adultes travaillant dans un domaine aussi évolutif et complexe qu'est le système de santé, l'APC apparaît comme un modèle intéressant pour le développement des compétences requises même si cela peut représenter un changement de la culture au sein du milieu de travail (Goudreau et al., sous presse).

Le développement d'équipes de soins réflexives. Tony Ghaye est un professeur britannique possédant une réputation internationale comme leader en ce qui a trait à l'apprentissage par la réflexion. Il est éditeur du journal *Reflective Practice*, a publié plusieurs ouvrages et joue un rôle important au sein de l'Institute of Reflective Practice – UK (IRP-UK).

Selon son livre *Developing the reflective healthcare team* (2005), la pratique réflexive dans le domaine de la santé a pour but une meilleure compréhension de soi (en tant que soignant) ainsi qu'une amélioration de sa pratique professionnelle et de celles de ses collègues. Pour ce faire, la pratique réflexive doit transformer les expériences professionnelles et collectives en des connaissances utiles et accessibles à tous. Ces connaissances permettent alors aux équipes de prodiguer des soins de qualité et personnalisés selon le contexte de pratique. Pour Ghaye, la pratique réflexive individuelle n'est pas suffisante pour amener de véritables changements au sein des milieux de travail ou organisations dans le domaine de la santé, il préconise donc le développement d'équipes de soins réflexives. L'auteur suggère que le développement de celles-ci peut être vu selon trois différentes perspectives soit celle de l'apprentissage, celle de la réflexion et celle de l'équipe.

Selon la première perspective, tout apprentissage est indissociable du contexte social et culturel dans lequel il se réalise. Ainsi, pour que l'expérience de travail puisse devenir source d'apprentissage, il faut nécessairement tenir compte de la structure organisationnelle et de la culture organisationnelle dans lesquelles ces expériences se réalisent. Cette culture affecte la qualité des soins offerts et un changement de celle-ci doit être vu comme un processus à long terme. Afin que le changement puisse être possible, il faut viser une culture organisationnelle ouverte, ne cherchant pas à blâmer, mais qui recherche et encourage la réflexion.

Selon la perspective de la réflexion, le développement d'équipes réflexives est aussi un processus pour lequel il faut prévoir du temps. La pratique réflexive doit être créative et non simplement critique. Elle devrait aussi être guidée par un facilitateur habile. Selon la lunette de l'équipe, le développement d'équipes réflexives doit s'intéresser à la confiance entre les collègues, aux relations existantes entre ceux-ci ainsi qu'à l'établissement de règles de fonctionnement claires.

Pour faciliter le développement d'équipes de soins réflexives, Ghaye propose le modèle TA²LK validé et basé sur des résultats probants issus de travaux de l'IRP-UK (voir Appendice A). Ce modèle priorise les processus de réflexion pour l'apprentissage (*reflection-for-learning*) et l'apprentissage visant l'amélioration (*learning-for-improvement*). Les principes essentiels de ce modèle sont :

- le centre d'intérêt est l'apprentissage en équipe. Le développement de l'équipe est relié à sa capacité d'apprendre par la réflexion. Cela permet de rendre visibles, aux yeux des participants, les apprentissages et le développement réalisés;
- l'accent est mis sur l'apprentissage par le partage. Cela influence le bien-être de l'équipe;
- il s'agit d'un modèle qui n'est pas linéaire, car le développement des équipes est un processus complexe qui bouge dans le temps et selon les contextes;
- le modèle identifie trois facettes différentes de développement (intelligence émotionnelle, optimisme réaliste, faire une différence) que les équipes peuvent adoptées selon le contexte. Le changement de facette représente toujours une possibilité d'apprentissage pour l'équipe;

- les équipes sont appelées à se centrer sur ce qui est important pour eux (dans leur pratique), pour leurs collègues ainsi que pour les patients.

Le développement de l'intelligence émotionnelle permet au personnel de transformer leur perspective du changement vu comme une « menace » vers une « opportunité d'amélioration ». Ce développement passe par l'établissement de cinq éléments soit 1) un climat de confiance; 2) un bon esprit d'équipe; 3) une bonne communication; 4) la réflexion structurée; et 5) le sentiment d'être soutenu.

Finalement, selon la dernière perspective, le développement d'une équipe optimiste et réaliste implique pour l'équipe d'être capable de penser et d'agir différemment, cela fait donc appel à la créativité. Dans ce type de développement, les éléments à travailler sont la capacité de leadership, de prise de décision et de gestion efficace du travail.

Le développement d'une équipe qui fait une différence fait référence à la capacité de celle-ci d'être innovatrice et influente. L'équipe doit être en mesure de mettre son plan en action et gérer l'anxiété que peut provoquer un changement.

Chapitre 1

La recension des écrits sur les soins palliatifs en soins de longue durée

1.1 Le portrait de la clientèle âgée en centre de soins de longue durée et de ses besoins

Au Québec, le nombre de lits en CHSLD a diminué d'environ 6500 dans les dernières années (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2011). Ce fait, conjugué à un séjour hospitalier de moins en moins long ainsi qu'au vieillissement de la population, a donc mené à un important changement dans la clientèle admise, entraînant des soins qui sont de plus en plus complexes. Ainsi, un nombre croissant de personnes âgées sont admises à des stades avancés de leur maladie et sont donc en grande perte d'autonomie physique et mentale à leur arrivée en CHSLD (Wowchuk et al., 2006). La clientèle admise en CHSLD souffre majoritairement de troubles cognitifs (Voyer et al., 2013) et présente plusieurs comorbidités (Miller et al., 2004). Par conséquent, les résidents présentent une moins bonne qualité de vie d'autant plus qu'ils sont également socialement plus isolés puisque le faible taux de natalité dans les pays occidentaux a mené à un réseau familial restreint pour les personnes âgées (Brazil et al., 2004; Voyer et al., 2013).

1.1.1 Les causes de décès et symptômes associés Selon une étude américaine, les causes de décès les plus fréquentes dans les établissements de soins de longue durée seraient l'insuffisance cardiaque (19 %), les maladies cardiovasculaires (19 %), les pneumonies (souvent associées aux démences) (19 %), le cancer (17 %) et les AVC (10 %) (Reynolds, Henderson, Schulman, & Hanson, 2002). Selon ces mêmes auteurs, ces différentes maladies entraînent habituellement chez les mourants des symptômes tels que la douleur, la dyspnée, l'incontinence et la fatigue. La revue de littérature réalisée par Wowchuk et al. (2006)

rapportent que certaines études ont plutôt retrouvé des symptômes de difficultés respiratoires et d'agitation chez les résidents en fin de vie, mais les auteurs précisent qu'il ne faut pas sous-estimer l'importance d'évaluer la douleur même si la plupart des personnes âgées en soins de longue durée décèdent de maladies chroniques plutôt que de cancers. L'évolution des maladies chroniques des résidents amène habituellement un lent et progressif déclin au niveau fonctionnel, cognitif et de la communication, le tout ponctué d'épisodes aigus plus ou moins fréquents (Chen, Chan, Kiely, Morris, & Mitchell, 2007; Kristjanson, Walton, & Toye, 2005; Wowchuk et al., 2006). L'étude américaine de Mitchell, Kiely, et Hamel (2004) révèle que la clientèle souffrant de démence qui est décédée en établissement de soins de longue durée présentait des conditions telles que des ulcères de pressions, de la constipation, de la douleur et de la dyspnée.

1.1.2 Les besoins des résidents et familles. Ce portrait de la clientèle démontre qu'elle a de grands besoins de soins au niveau physique, mais il est important de souligner qu'elle a aussi de grands besoins au niveau psychologique, social et spirituel (Touhy, Brown, & Smith, 2005; Williams, Ilten, & Bower, 2005), et cela, sans parler des besoins des familles. Les résidents ont donc besoin de beaucoup de soutien pour faire face à leurs nombreuses pertes personnelles ainsi qu'aux décès fréquents des autres résidents auxquels ils sont exposés (Wowchuk et al., 2006). Une étude réalisée par Ben Natan (2008) révèle le fait intéressant que la perception des besoins prioritaires des personnes hébergées diffère selon qu'il s'agisse de la perspective du résident lui-même, de la famille ou des infirmières. Cette étude quantitative a recruté un échantillon important de 44 résidents, 94 infirmières et 44 membres de famille et leur a soumis un questionnaire de type Likert. Le questionnaire était composé de 35 items portant sur les besoins du résident hébergé. Les résultats indiquent que les résidents accordent

priorité à leur besoin de soutien psychologique/émotionnel tandis que les familles priorisent la communication d'information et leur implication alors que les infirmières priorisent les soins physiques, le soutien psychologique et l'attention aux valeurs du résident. Cette étude réalisée dans un seul centre de soins de longue durée n'a pu qu'inclure les résidents sans déficit cognitif puisqu'il leur fallait remplir un questionnaire. Comme la majorité des résidents présente de tels déficits, il est alors possible de se questionner à savoir si ceux-ci ressentent les mêmes besoins que les résidents aptes à remplir le questionnaire.

1.2 Les défis et difficultés à prodiguer des soins palliatifs en soins de longue durée

Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2002), la qualité des soins en CHSLD se définit au moyen de dix-huit indicateurs. Prodiger des soins auprès d'une telle clientèle requiert donc une expertise en gériatrie pour faire face aux situations et besoins complexes des résidents (Phillips et al., 2006; Voyer et al., 2013). En ce qui a trait aux soins palliatifs, cela requiert également une expertise particulière afin d'offrir des soins de qualité à une clientèle avec d'aussi grands besoins. Lorsque nous demandons au personnel de posséder ces deux types d'expertise, cela représente donc un grand défi pour eux. Ainsi, même si le personnel en soins de longue durée côtoie la mort régulièrement, cela ne garantit pas qu'il aura les compétences requises pour prodiguer des soins palliatifs de qualité (Brazil & Vohra, 2005; Miller et al., 2004; Whittaker, George Kernohan, Hasson, Howard, & McLaughlin, 2006; Wowchuk et al., 2007). Les écrits scientifiques sont nombreux à s'intéresser à la prestation des soins palliatifs en soins de longue durée, mais ils dressent un portrait souvent peu flatteur de ce qui se passe dans ces milieux.

1.2.1 Le manque de personnel et la difficulté de rétention. Tout d'abord, notons que le manque de personnel et le taux de roulement élevé du personnel sont souvent mentionnés comme des difficultés vécues depuis plusieurs années dans les milieux de soins de longue durée et la tendance actuelle tend à démontrer que ce phénomène ne va pas en s'améliorant. Selon Voyer et al. (2013), le ratio d'infirmière en CHSLD serait de 1 pour 30 à 40 résidents sur le quart de jour et pourrait aller jusqu'à 1 pour 160 résidents sur le quart de nuit. Ce ratio d'infirmière rend difficile le traitement des conditions de santé aiguës (ex : pneumonie, fracture, gastro-entérite). Il est possible de faire le parallèle entre ces conditions aiguës et la fin de vie qui requiert également une plus grande intensité de soins. La présidente de l'OIIQ a d'ailleurs récemment critiqué la diminution de la présence infirmière en CHSLD affirmant que « les conditions d'exercice actuelles en CHSLD créées par le manque d'effectifs entravent la qualité des soins et mettent à risque ces résidents vulnérables » (OIIQ, 2013, p. 1). L'OIIQ (2013) souligne également que le ratio idéal, recommandé par les ordres professionnels infirmiers américain et britannique, devrait être d'une infirmière pour dix résidents en centres d'hébergement. De nombreux auteurs (Brazil et al., 2004; Brazil & Vohra, 2005; Gjerberg, Førde, Pedersen, & Bollig, 2010; Kaasalainen et al., 2007; Munn & Zimmerman, 2006; Shield, Wetle, Teno, Miller, & Welch, 2005; Touhy et al., 2005; Wowchuk et al., 2006, 2007) soulignent également le manque de personnel dans les établissements de soins de longue durée. Selon un rapport états-unien, 90 % des milieux de soins de longue durée ne rencontrent pas le minimum requis d'employés (Stillman, Strumpf, Capezuti, & Tuch, 2005). Wowchuk et al. (2007) affirment que le ratio de personnel dans les établissements de soins de longue durée ne tient pas compte de l'intensité des soins qui sont requis par un résident mourant et sa famille. Cette insuffisance chronique de personnel entraîne donc un manque de temps

important pour les intervenants qui peinent à donner, ne serait-ce que des soins de base adéquats (Brazil et al., 2004; Lopez, 2006; Touhy et al., 2005). Ce sont, par ailleurs, ces mêmes soins de base qui revêtent une importance toute particulière en fin de vie. L'étude qualitative de Brazil et al. (2004) a recruté 79 membres du personnel soignant et a procédé à des groupes de discussion afin d'identifier les indicateurs d'une bonne qualité de soins de fin de vie en établissement de soins de longue durée. Parmi les thèmes identifiés, les participants ont souligné le fait que de constamment travailler avec le ratio minimum de personnel est un problème puisque cela leur donne le sentiment qu'ils n'ont pas le temps de prodiguer les soins requis par les résidents mourants et que cela entraîne un niveau de stress palpable sur les unités de soins. Les participants provenaient de six établissements ontariens et appartenaient à six professions différentes. La répartition des participants par profession n'est toutefois pas précisée dans l'étude. La méthode des groupes de discussion apparaît comme un choix adéquat pour explorer les perceptions des participants sur le sujet. Dans le but de s'assurer d'obtenir des données fiables, l'analyse des propos recueillis a d'abord été effectuée à l'aide d'un logiciel puis a été révisée par trois chercheurs de façon individuelle pour être ensuite comparée afin d'obtenir un accord interjuges.

Percival et Johnson (2013) mentionnent que le personnel doit être en nombre suffisant pour prodiguer des soins personnalisés, en fonction de la personnalité, de l'histoire de vie et des derniers souhaits du résident mourant. Plusieurs auteurs (Bolmsjo, 2008; Gjerberg et al., 2010; Hill, Ginsburg, Citko, & Cadogan, 2005; Miller et al., 2004) rapportent que le manque de personnel en soins de longue durée serait d'ailleurs un des obstacles majeurs à l'administration de soins palliatifs de qualité. Dans l'étude qualitative de Munn et al. (2008), trois groupes de participants, soient des membres du personnel ($n = 35$), des familles ($n = 19$)

et des résidents ($n = 11$), ont pris part à des groupes de discussion afin de décrire l'expérience de fin de vie en soins de longue durée dans 13 établissements américains. La méthode d'analyse, selon la théorisation ancrée, a permis aux auteurs de regrouper les résultats en cinq grands thèmes dont le dernier portait sur les recommandations afin d'améliorer les soins de fin de vie. Tous les groupes s'accordaient pour dire qu'il faut plus de personnel soignant et que celui-ci doit être bien formé. Les résultats sont, par contre, difficiles à généraliser puisqu'il y a plusieurs biais possibles tels que le fait que seuls les résidents sans trouble cognitif ou auditif ont été recrutés et que les participants des autres groupes pourraient être ceux qui ont des opinions plus marquées que la moyenne des gens.

Les problèmes de recrutement et de rétention du personnel dans les établissements de soins de longue durée seraient attribuables aux mauvaises conditions de travail et à la dévalorisation du travail en soins gériatologiques (Abbey, Froggatt, Parker, & Abbey, 2006; Phillips et al., 2006). Il y a donc un haut taux de roulement du personnel dans les soins de longue durée qui contribue également à la difficulté d'adopter un changement durable dans les pratiques et de nouvelles approches telles que les soins palliatifs (Abbey et al., 2006; Hill et al., 2005; Lopez, 2006; Miller et al., 2004; Stillman et al., 2005). Ainsi, les programmes de formation circonscrits dans le temps auraient peu d'impact sur le développement des compétences en soins palliatifs si le personnel change continuellement; il faut donc que les établissements de soins de longue durée prévoient de la formation continue et même, idéalement, deviennent des organisations apprenantes (Abbey et al., 2006; Miller et al., 2004; Stillman et al., 2005).

1.2.2 Les besoins de formation du personnel Le sujet de la formation nous amène d'ailleurs à discuter d'une autre difficulté en lien avec les soins palliatifs en soins de longue qui revient souvent dans la littérature : les lacunes dans la formation des soignants. Elles sont rapportées autant de la part des gestionnaires, des familles que du personnel lui-même. Afin d'améliorer les soins palliatifs en soins de longue durée, les gestionnaires de ces établissements reconnaissent que le personnel nécessite de la formation continue sur ce sujet (Brazil et al., 2006; Brazil & Vohra, 2005; Hirakawa, Masuda, Kuzuya, Iguchi, & Uemura, 2007). La plupart des gestionnaires ciblent des besoins de formation au niveau des soins physiques (gestion de la douleur et autres symptômes ainsi que la physiologie et les phases de fin de vie) de même qu'au niveau psychosocial (communication avec le résident mourant et sa famille) (Brazil & Vohra, 2005; Hirakawa et al., 2007).

Selon plusieurs études (Munn et al., 2008; Munn & Zimmerman, 2006; Shield et al., 2005; Vohra, Brazil, & Szala-Meneok, 2006), les familles soulignent que le personnel nécessite de la formation sur les soins de fin de vie afin de répondre aux besoins du résident mourant. La gestion de la douleur et des symptômes est le sujet qui revient le plus souvent dans les propos des proches (Carlson, 2007; Goodridge, Bond, Cameron, & McKean, 2005; Thompson, Menec, Chochinov, & McClement, 2008; Vohra et al., 2006; Wetle, Shield, Teno, Miller, & Welch, 2005). Les familles mentionnent également percevoir des besoins de formation au niveau de la reconnaissance du stade terminal du résident (Thompson et al., 2008; Wetle et al., 2005) ainsi qu'au niveau de la communication entre le personnel et le résident/famille (Wetle et al., 2005). Dans l'étude qualitative de Wetle et al. (2005), 54 membres de familles d'un résident ayant décédé dans un établissement de soins de longue durée aux États-Unis ont été interviewés. Les auteurs ont regroupé les propos de ceux-ci en

cinq thèmes dont deux portent sur le fait que les soignants ne reconnaissent pas les besoins, les symptômes ainsi que la trajectoire de fin de vie des résidents et qu'ils sont insuffisamment formés pour le faire. Afin d'améliorer les soins de fin de vie en soins de longue durée, les auteurs concluent donc que des efforts soutenus sont requis afin d'améliorer la formation des soignants et des gestionnaires et qu'il faudrait que des pratiques exemplaires sur la gestion des symptômes, la prise de décision lors de la fin de vie et la communication avec le résident/famille soient déployées. Les entrevues avec les familles ont eu lieu sur une période allant parfois jusqu'à deux ans après le décès de leur proche. Les participants ayant vécu cet événement de façon plus marquante peuvent alors avoir été plus enclin à se porter volontaires. De plus, le temps passé peut avoir eu pour effet de modifier les souvenirs des participants. Les résultats obtenus en entrevue peuvent ainsi être biaisés, ce qui rend la généralisation difficile.

En ce qui concerne le personnel en soins de longue durée, il souhaite avoir plus de connaissances et de formation sur les soins de fin de vie (Kaasalainen et al., 2007; Munn et al., 2008; Österlind, Hansebo, Andersson, Ternestedt, & Hellström, 2011). La gestion de la douleur et des symptômes est encore une fois le sujet le plus fréquemment demandé par les soignants (Brazil et al., 2004; Carlson, 2007; Goodridge et al., 2005; Phillips et al., 2006; Whittaker et al., 2006) suivi de l'aspect psychosocial (gestion des émotions, la communication avec le résident/famille, l'enseignement à la famille) (Kaasalainen et al., 2007; Whittaker et al., 2006). Dans l'étude descriptive de Kaasalainen et al. (2007), 34 infirmières de trois établissements de soins de longue durée au Canada ont été recrutées pour des groupes de discussions afin de connaître leurs perceptions des soins palliatifs prodigués aux résidents atteints de démence. Les résultats indiquent que les infirmières expriment le besoin d'être mieux formées et soutenues afin de faire un enseignement efficace auprès des familles pour

que celles-ci puissent prendre des décisions éclairées sur les soins de fin de vie pour leur proche. Il aurait été intéressant que l'étude approche d'autres catégories de soignants.

D'autres besoins de formation se situent au niveau des aspects légaux et éthiques (Gjerberg et al., 2010; Whittaker et al., 2006), sur les directives anticipées (Silvester et al., 2013) ainsi que sur l'approche palliative et son langage spécifique (Phillips et al., 2006; Phillips, Davidson, Jackson, & Kristjanson, 2008; Sutton & Dalley, 2008; Whittaker et al., 2006). Dans l'étude quantitative de Whittaker et al. (2006) plus particulièrement, un questionnaire a été envoyé et rempli par 227 membres du personnel en soins infirmiers d'établissements de soins de longue durée au Royaume-Uni. Les résultats obtenus révèlent que le personnel n'est pas toujours familier avec l'approche palliative ou les standards de pratique dans ce domaine. La majorité n'a pas reçu de formation sur de nombreux aspects en soins palliatifs tels que l'accompagnement au deuil, la fatigue ou la cachexie et plusieurs ne connaissent pas le concept de douleur totale.

1.2.3 La gestion de la douleur et autres symptômes. Ainsi, comme nous venons d'en discuter, le besoin de formation sur la gestion de la douleur et des autres symptômes est identifié autant par les familles, les gestionnaires que le personnel en soins de longue durée. Ce besoin de formation identifié par tous les groupes n'est pas vraiment surprenant lorsqu'on constate que la gestion déficiente de la douleur et des symptômes en fin de vie est un problème souvent mentionné dans la littérature. Certaines études (Miller et al., 2004; Schofield, 2006) indiquent que de 33 à 85 % de la clientèle en soins de longue durée présente de la douleur, mais que la moitié de celle-ci ne prend aucun analgésique tandis que l'autre moitié n'a que de l'acétaminophène. La douleur, d'origine multiple, est ainsi trop souvent sous-détectée ou sous-traitée (Brazil et al., 2006; Goodridge et al., 2005; Mitchell et al., 2004; Schofield, 2006;

Shield et al., 2005; Teno et al., 2004; Whittaker et al., 2006). Cela entraîne plusieurs conséquences néfastes sur les personnes âgées telles que la diminution de sa mobilité, l'apparition de dépression et la diminution de sa qualité de vie (Miller et al., 2004). Il est alors justifié de demander ce qui peut expliquer cet état de fait. Tout d'abord, le manque de connaissances du personnel sur le concept de douleur totale et sur les traitements non pharmacologiques, ont été, entre autres, rapportés (Brazil et al., 2006; Goodridge et al., 2005; Mitchell et al., 2004; Schofield, 2006). Il y a également la présence de fausses croyances chez le personnel concernant le traitement de la douleur telle que la peur de la dépendance physique aux analgésiques (Schofield, 2006; Vohra et al., 2006; Whittaker et al., 2006). Goodridge et al. (2005), rapportent qu'en plus de la douleur, la dyspnée et le délirium sont également sous-traités.

D'un autre point de vue, un facteur important pour expliquer la prise en charge déficiente des symptômes est le grand nombre de résidents souffrant de déficits cognitifs et qui sont incapables de signaler la douleur ou d'autres symptômes (Miller et al., 2004; Mitchell et al., 2004; Wowchuk et al., 2006). Pour cette clientèle, il faut donc plutôt se fier à des changements de comportements qui nécessitent, de la part du personnel, une bonne connaissance du résident ce qui représente un défi vu le haut taux de roulement mentionné précédemment (Miller et al., 2004). Finalement, une grande partie des résidents n'ayant pas de problème de communication ne verbaliseront pas de plainte par peur de déranger, par peur de la médication, parce qu'ils sont persuadés que le personnel ne pourra rien faire ou parce qu'ils croient, à tort, que les symptômes (telles que la fatigue, l'anorexie ou la douleur) font partie du processus normal de vieillissement (Schofield, 2006; Wowchuk et al., 2006).

1.2.4 *L'identification de la phase terminale.* Tel que discuté plus tôt, une grande proportion des résidents ne sont pas atteints de cancer, mais de maladies chroniques dont la démence. S'ensuit donc une autre difficulté en soins de longue durée, soulevée par plusieurs auteurs (Birch & Draper, 2008; Goodridge et al., 2005; Kaasalainen et al., 2007; Miller et al., 2004; Mitchell et al., 2004; Sachs, Shega, & Cox-Hayley, 2004; Thompson et al., 2008; Wetle et al., 2005; Wowchuk et al., 2006), celle d'établir un pronostic ou d'identifier la phase terminale chez les résidents. Selon une étude américaine (Mitchell et al., 2004), 1,1 % des résidents admis avec une démence avancée ont été identifiés comme ayant un pronostic de moins de six mois, pourtant 71 % de ces résidents sont décédés durant cette même période. Il est alors possible d'affirmer que la démence n'est souvent pas perçue comme une maladie terminale (Birch & Draper, 2008; Mitchell et al., 2004; Sachs et al., 2004). Les facteurs pouvant indiquer un pronostic de moins de six mois pour la clientèle atteinte de démence qui ont été proposés par le *National Hospice Organisation* (incluant les hospitalisations fréquentes, la perte de poids de 10 % et le déclin fonctionnel) se sont révélés inadéquats pour indiquer le début de la phase terminale (Chen et al., 2007; Sachs et al., 2004). En l'absence d'indicateurs fiables, les infirmières ont alors tendance à se rabattre sur des facteurs plus flous tels que certains changements au niveau du comportement ou dans l'état physique du résident atteint de démence pour déterminer que celui-ci est en fin de vie (Kaasalainen et al., 2007; Sachs et al., 2004). Phillips et al. (2006), recommandent que les résidents des établissements de soins de longue durée et leurs proches bénéficient de l'approche palliative bien avant la phase terminale et que celle-ci soit intégrée, à divers degré dans leur plan de soins dès l'admission. Dans une étude qualitative française (Mino & Frattini, 2009), 44 professionnels de la santé, de diverses professions, ont été interrogés individuellement afin de décrire la

trajectoire des patients souffrant de démence et de donner une définition de la phase terminale pour ceux-ci. Les résultats indiquent qu'il est possible de caractériser la trajectoire des résidents atteints de démence avancée par la succession de trois phases, la première est celle de la stimulation, où les capacités résiduelles sont encouragées, la deuxième est celle des soins palliatifs chroniques où la qualité de vie (confort physique, nutrition et absence de douleur) prime sur la stimulation et finalement la phase de soins palliatifs de fin de vie, où l'on traite les symptômes associés à ce stade terminal. Chacune de ces phases est d'une durée indéterminée et peut s'étaler sur plusieurs années. La méthodologie de cette étude est, toutefois, très peu détaillée et la tradition de recherche n'est pas mentionnée.

En ce qui concerne la trajectoire de fin de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, celle-ci s'avère être en dents de scie, c'est-à-dire caractérisée par un long déclin graduel ponctué d'épisodes aigus réversibles (Birch & Draper, 2008; Sachs et al., 2004; Wowchuk et al., 2006). Avec ce type de trajectoire, le dernier épisode aigu de la maladie, qui est fatal, ressemble à tous les précédents qui ont été traités par de mesures considérées comme proportionnées telles que des antibiotiques et de l'hydratation intraveineuse (Sachs et al., 2004). Par contre, ces mêmes mesures, lorsqu'examinées selon une approche palliative, peuvent alors être considérées comme disproportionnées. Cela nous amène alors à discuter d'un autre problème vécu en soins de longue durée, les traitements disproportionnés en fin de vie particulièrement chez la clientèle atteinte de démence.

1.2.5 Les traitements disproportionnés. Le traitement disproportionné le plus fréquent en fin de vie est l'installation de tube d'alimentation parentérale chez les résidents atteints de démence. Selon des données américaines, 25 à 44 % seraient alimentés par voie parentérale malgré un manque de résultats probants soutenant ce traitement (Kaasalainen et al., 2007;

Miller et al., 2004; Mitchell et al., 2004; Sachs et al., 2004). Une étude quantitative rétrospective sur quatre années (Mitchell et al., 2004) a analysé les décès de personnes de 65 ans et plus dans l'année suivant l'admission en établissements de soins de longue durée. Les auteurs ont comparé deux groupes soient un groupe de personnes décédées souffrant d'une démence ($n = 1609$) et l'autre groupe d'un cancer terminal ($n = 883$). La méthodologie y est bien décrite et les valeurs p indiquent des résultats significatifs ($p < 0,01$) pour la grande majorité des variables). Les résultats de cette étude américaine révèlent qu'environ 50 % des résidents mourant avec une démence avancée ont eu des ponctions veineuses, 11 % étaient sous contentions et 10 % avaient une perfusion intraveineuse. Des interventions pouvant être jugées agressives malgré le fait que Birch et Draper (2008) indiquent que la littérature a mis en évidence qu'une approche médicale agressive n'a qu'une faible efficacité chez la personne atteinte de démence. Les auteurs Wowchuk et al. (2007) rapportent, dans leur revue de littérature, que près de 40 % des résidents ont été transférés à l'hôpital à au moins une reprise durant les derniers six mois de vie. De plus, près de la moitié des transferts étaient associés à des raisons d'ordre social ou organisationnel, tels le manque de personnel, les pressions exercées par les familles, un résident sans famille ou qui n'a pas de directives de soins anticipées (Wowchuk et al., 2007). Kaasalainen et al. (2007) mentionnent que les traitements inappropriés pourraient, par ailleurs, être évités si des directives anticipées étaient rédigées.

1.2.6 Les directives anticipées. Il s'agit d'ailleurs de la prochaine difficulté régulièrement mentionnée : l'absence de directives anticipées. Il est un fait établi que la société occidentale dans laquelle nous vivons actuellement occulte la mort. Il s'agit d'un déni collectif dans lequel la mort est le plus souvent vécue comme un échec selon le modèle médical actuel. Tel que le soulignent Österlind et al. (2011) : « la fragilité, le vieillissement et

la mort remettent en cause la façon de penser de la société qui prône des valeurs telles que la santé, la force, l'autonomie ainsi que le vieillissement sain et actif. » [traduction libre] (p. 530)

Cette façon de penser est donc un obstacle majeur à la prise de conscience de l'importance pour toute personne de rédiger des directives anticipées afin de recevoir des soins palliatifs selon leurs préférences avant qu'ils ne soient plus aptes à le faire. Il en résulte ainsi que seul un petit nombre de personnes ont accompli cette démarche (Abbey et al., 2006). Les avantages des directives anticipées mis de l'avant par une étude (Silvester et al., 2013) et une revue de littérature (Birch & Draper, 2008) sont nombreux dont l'augmentation de la satisfaction des résidents et familles à l'égard des soins ainsi que des prises de décisions, concernant les soins, selon les volontés du résident. D'autres avantages évoqués incluent la réduction du stress, de l'anxiété et de la dépression chez la famille. Selon une étude menée auprès de directeurs de soins d'établissement de soins de longue durée, environ 97 % de ceux-ci pensent que les directives anticipées sont une bonne stratégie afin d'améliorer les soins de fin de vie dans ces établissements (Brazil et al., 2006). Malgré les avantages d'une telle pratique, les conversations entreprises à ce sujet surviennent beaucoup trop tard, et ce, si elles ont lieu puisque seulement le quart du personnel aborde le sujet avec le résident/famille et que ces derniers n'initient pas la conversation à ce sujet (Birch & Draper, 2008; Silvester et al., 2013). Si l'on s'attarde seulement au point de vue des résidents atteints de démence, la clé du succès est la discussion en début de maladie puisque les pertes cognitives qui s'ensuivront empêcheront la tenue d'une telle conversation (Birch & Draper, 2008).

1.2.7 La mort, un tabou. Étant donné que la mort est un sujet tabou, tel que discuté précédemment, cela entraîne une difficulté supplémentaire que Phillips et al. (2006) résument ainsi « (...) l'importance des soins palliatifs et les activités qui y sont reliées sont grandement

dissimulées. Dans une société qui renie la mort, il semble que même dans ces établissements, il est difficile d'aborder un tel sujet. » [traduction libre] (p. 422). L'étude suédoise d'Österlind et al. (2011), réalisée auprès de 28 membres du personnel de quatre établissements de soins de longue durée, a utilisé la méthode de groupes de discussion afin d'explorer leurs pensées et expériences en lien avec les soins de fin de vie et la mort. Les résultats dévoilent que le personnel ne discute habituellement pas des questions qui entourent la mort. Les soignants relèguent leurs émotions au second rang et ils ne s'attardent à la mort que suite au décès du résident. Les auteurs suggèrent qu'afin qu'une attention adéquate soit portée à la fin de vie, il faudrait instaurer, dans le milieu des soins de longue durée, une philosophie des soins palliatifs incluant des aspects tels que de la formation et du soutien auprès du personnel. Malgré le petit échantillon qui rend la transférabilité difficile, les auteurs soulignent que l'hétérogénéité des groupes (âge, culture et professions variées), qui a pu influencer les résultats, s'avère un des points forts de l'étude. Il aurait été pertinent d'avoir le nombre précis d'intervenants selon leur profession.

Par ailleurs, une étude britannique (Katz, Sidell, & Komaromy, 2001) révèle que 80 % des établissements de soins de longue durée étudiés dissimulaient la mort d'un résident aux autres pensant ainsi que de limiter l'information sur l'état de santé des résidents mourants aux autres résidents est la meilleure façon de soutenir ces derniers. Le personnel a donc tendance à adopter une stratégie d'évitement par rapport à la mort, certains en ayant carrément peur (Österlind et al., 2011; Wowchuk et al., 2007). Une étude récente de Leclerc et al. (2014) jette une lumière un peu différente sur les attitudes des intervenants en soins de longue durée face à la mort et au processus de fin de vie au Québec. Dans cette étude descriptive transversale, un sondage a été envoyé à 1170 participants. Un total de 629 questionnaires a été retourné, ce qui

donne un bon taux de participation soit 54 %. Les participants visés incluaient divers membres du personnel ainsi que des bénévoles de cinq CHSLD d'une région métropolitaine. Le questionnaire a été construit à partir de la combinaison de deux outils validés mais le pré-test, qui a été fait auprès de 10 personnes, ne permet pas vraiment de valider l'instrument. Les auteurs indiquent une marge d'erreur maximale de 4 % avec un intervalle de confiance de 95 %. L'étude réalisée respectait les critères éthiques de l'institution universitaire. Les résultats montrent que les participants ont une attitude générale positive de modérée à forte face à plusieurs aspects des soins de fin de vie. Une majorité des participants (70 %) ne perçoit pas la fin de vie comme déprimante malgré que 22 % expriment être endeuillés par la mort des résidents. Plus de 80 % des intervenants affirment qu'il est de leur responsabilité d'aider le résident/famille à se préparer à la mort ainsi que d'informer ceux-ci lorsque la mort est imminente. Par contre, près du tiers (33 %) trouvent difficile de discuter de ces sujets. Un résultat inattendu de l'étude indique qu'une majorité (72 %) des participants perçoit les familles comme interférant avec les soins de fin de vie auprès du résident. De plus, près de 57 % des participants se soucient peu ou pas des émotions vécues par la famille. Le soutien apporté aux familles peut donc être fortement questionné. Les auteurs ont constaté une différence significative entre les niveaux professionnels supérieurs (ex : gestionnaires, médecins, infirmières) et ceux des soignants de proximité (ex : infirmières auxiliaires, préposés et bénévoles) sur certains aspects de soins de fin de vie. Les auteurs concluent ainsi que les soignants de proximité constitueraient le groupe qui bénéficierait le plus de programmes de formation et de soutien. Une limite, soulignée par les auteurs, consiste à ce que la nature quantitative d'un questionnaire ne traduit peut-être pas complètement toutes les

nuances éprouvées par les participants dans des situations de nature complexes. Une étude qualitative pourrait donc venir enrichir ces résultats.

1.2.8 Le soutien psychologique et spirituel. Par ailleurs, si le personnel en soins de longue durée ne prend pas conscience de ses propres représentations de la mort, comment peut-il offrir le soutien psychologique et spirituel qui est d'une importance particulière pour les résidents en fin de vie? Cette difficulté est bien illustrée par l'étude de Teno et al. (2004) qui révèle que près de 60 % des familles d'un résident étant décédé en établissements de soins de longue durée estiment que celui-ci n'a pas reçu un soutien psychologique adéquat. Tel que discuté précédemment, la priorité de ce besoin exprimé par le résident n'est pas partagée par les infirmières (Ben Natan, 2008), ce qui contribue certainement à cette problématique. De plus, selon l'étude qualitative de Williams et al. (2005), les résidents ont malheureusement peu l'opportunité d'exprimer leurs besoins psychosociaux. Dans cette étude, 13 membres du personnel (infirmières, préposés et personnel de l'entretien ménager) d'une unité ont été recrutés afin d'enregistrer leur conversation habituelle avec les résidents pendant leur travail sur une période de deux heures. Les résultats révèlent que, considérant que 80 à 90 % des possibilités de communication du résident reposent sur le personnel, la très grande majorité des conversations (69 %) ne portent que sur les soins prodigués et les activités quotidiennes. Il ne reste donc que moins d'un tiers des conversations avec le résident qui tourne autour d'aspects psychosociaux. Les auteurs mentionnent aussi que les conversations ne durent généralement pas plus de cinq minutes. Il faut cependant noter que cette étude comportait un petit échantillon d'un seul établissement et que le fait d'avoir enregistré les conversations a pu altérer la nature de celles-ci.

Plusieurs autres études (Bephage, 2008; Carlson, 2007; Higgins, 2013; Jolley & Moreland, 2011; Touhy et al., 2005; Wallace & O'Shea, 2007) soulignent que les besoins spirituels (incluant l'aspect religieux) sont souvent négligés ou traités de façon inadéquate. Selon l'étude de Touhy et al. (2005), l'intervention la plus fréquente en lien avec ces besoins est simplement la référence au clergé ou à un agent de pastoral. Pourtant beaucoup d'autres interventions pourraient être posées par le personnel telles que l'approche relationnelle, la musicothérapie, faire de l'écoute active, l'art thérapie, la réminiscence et l'accompagnement social puisque même la clientèle avec démence avancée peut en tirer bénéfice (Bephage, 2008; Higgins, 2013; Jolley & Moreland, 2011; Wallace & O'Shea, 2007). Dans l'étude quantitative descriptive de Wallace, 26 résidents en fin de vie de deux établissements de soins de longue durée aux États-Unis ont été recrutés. Un questionnaire a été rempli par les participants puis analysé afin d'obtenir une meilleure compréhension de leur perception des soins spirituels et ainsi orienter la pratique infirmière en ce qui a trait à ce besoin. Les résultats indiquent que les résidents ont exprimé que les infirmières peuvent fournir des soins spirituels, non seulement en référant à un membre du clergé, mais également en posant des gestes simples comme faire preuve de la gentillesse, d'écoute et de respect de ses besoins. Les auteurs concluent qu'il est important, pour les infirmières, d'intégrer dans leur plan de soins une évaluation et des interventions en lien avec les besoins spirituels des résidents, mais que le manque d'expérience et de formation face à ces besoins représente des obstacles importants. Cette étude présente certaines limites telles qu'un petit échantillon de résidents, sans déficit cognitif, ainsi qu'un instrument de fidélité moyenne ($\alpha = 0,65$).

1.2.9 La souffrance des soignants. Une étude américaine (Kennedy, 2005) réalisée auprès de 72 participants (infirmières et préposés) d'un établissement de soins de longue

durée, a révélé un taux plus important de stress et d'épuisement professionnel chez les infirmières. Le facteur de stress le plus marquant étant le manque de préparation pour faire face aux besoins psychologiques/émotionnels de la clientèle. Certaines études (Alderson, 2005; Phillips et al., 2006) indiquent que les sources de souffrance pour les infirmières exerçant en soins de longue durée sont principalement reliées au manque de reconnaissance professionnelle, d'autonomie d'exercice et de pouvoir décisionnel. La dévalorisation du travail des infirmières en soins de longue durée provient autant des autres professionnels que des pairs, des familles et de la hiérarchie organisationnelle (Alderson, 2005; Phillips et al., 2006). D'autres études révèlent (Kaasalainen et al., 2007; Phillips et al., 2006; Touhy et al., 2005) que les infirmières prennent peu de temps pour s'occuper d'elle-même en tant que soignantes et qu'elles ressentent souvent un sentiment d'impuissance et de frustration face à leur travail en lien avec l'organisation des soins. Par ailleurs, il est reconnu que plus le sentiment d'accomplissement personnel au travail diminue, plus le risque d'épuisement professionnel augmente (Kennedy, 2005).

Le personnel soignant en soins de longue durée exprime aussi que la relation étroite développée avec les résidents l'expose à des deuils répétitifs, mais qu'il ne dispose que peu de temps pour vivre ceux-ci (Brazil et al., 2004; Kaasalainen et al., 2007; Touhy et al., 2005). Dans l'étude quantitative de Rickerson et al. (2005), un sondage a été envoyé à 236 membres du personnel de six établissements de soins de longue durée aux États-Unis pour un haut taux de participation de 86 % ($n = 203$). Le but de l'étude était d'établir la prévalence et des corrélations des symptômes du deuil chez les soignants. Les résultats indiquent que la majorité du personnel (72 %) rapporte au moins un symptôme associé au deuil. Les symptômes les plus fréquents étant le sentiment de tristesse, les pleurs et l'incapacité d'accepter la mort du

résident. Le personnel rapportant le plus de symptômes étant celui qui a vécu plusieurs décès récents, qui possède le plus d'expérience de travail et qui avait tissé un lien étroit avec le résident décédé. Cela suggère donc un effet cumulatif des deuils à répétition. Le personnel indique que le soutien au deuil provient habituellement d'une source informelle (ex : collègues, amis), mais la grande majorité (96 %) souhaiterait avoir recours à une autre source de soutien si elle était offerte. Bien que les préférences varient, un grand nombre souhaiterait un groupe de soutien (73 %) ainsi que de l'information et de la formation sur le deuil (57 %). Bien que la méthode d'analyse et les caractéristiques de l'échantillon soient bien décrites, l'outil utilisé n'est pas validé, mais plutôt basé sur une revue de littérature.

1.3 Les familles et les soins de fin de vie de leur proche hébergé

L'hébergement d'un proche est un processus entraînant une myriade d'émotions parfois ambiguës pour les familles (Talbot & Landry, 2006) dont les perceptions peuvent avoir été influencées, entre autres, par des médias qui font habituellement une mauvaise presse aux établissements de soins de longue durée. Certaines familles ont alors beaucoup d'appréhensions face à une possible piètre qualité de soins dans ces établissements et quand cela se révèle être le cas, la confiance envers l'équipe soignante n'existe plus (Wetle et al., 2005). D'autres familles s'attendent à ce que les soins donnés en hébergement soient l'équivalent de ce qui était prodigué par celles-ci à la maison ce qui constitue, selon le personnel, des attentes irréalistes (Wowchuk et al., 2007). Les attentes des familles non comblées en soins de longue durée peuvent entraîner un manque de confiance envers le personnel (Thompson et al., 2008). Ce manque de confiance rend ainsi les familles très soucieuses et vigilantes face aux soins apportés à leur proche, particulièrement en fin de vie

(Wetle et al., 2005). Par contre, les familles ont parfois peur que si elles se plaignent trop ardemment des soins, cela ait des répercussions négatives sur leur proche hébergé (Legault & Ducharme, 2009). Caron, Griffith et Arcand (2005) soulignent que de multiplier les interactions entre le personnel et les familles dès l'admission permet de bâtir une confiance mutuelle primordiale.

1.3.1 Les sources de satisfaction et d'insatisfaction. Les écrits scientifiques indiquent souvent que la satisfaction exprimée par la famille sur les soins de fin de vie est mitigée. Certains auteurs (Brazil et al., 2004; Teno et al., 2004) mentionnent que la satisfaction des familles au regard des soins de fin de vie d'un proche décédé dans un établissement de soins de longue durée est plus faible que celles dont le proche est décédé en milieu hospitalier ou à domicile. L'étude américaine de Teno et al. (2004) révèle que les soins de longue durée ont également été le milieu où les familles ont rapporté le plus de préoccupations en lien avec le fait que le résident mourant ne soit pas toujours traité avec respect.

Selon deux autres études (Goodridge et al., 2005; Vohra et al., 2006), les familles ont globalement été satisfaites des soins de fin de vie prodigués à leur proche. Dans l'étude quantitative de Vohra et al., (2006), un questionnaire a été envoyé à 375 membres de famille dont un proche est décédé dans la dernière année dans un des six établissements de soins de longue durée canadiens participants. Le taux de réponse a été de 57 % ce qui donne un échantillon de 213 personnes. Les résultats signalent que les familles ont principalement apprécié les soins personnalisés et attentionnés, le soutien et le respect qu'ils ont reçu de la part du personnel ainsi que le soutien spirituel obtenu par le conseiller spirituel/religieux. Les familles ont aussi rapporté certaines insatisfactions en ce qui a trait à la gestion déficiente des symptômes de fin de vie, le manque de formation du personnel, l'environnement physique

inadéquat, le manque de présence du médecin ainsi que le manque de communication avec le personnel. Les auteurs concluent en indiquant qu'il faudrait instaurer de la formation continue auprès du personnel afin de développer leurs connaissances en soins de fin de vie. La méthodologie de l'étude est bien décrite et l'outil utilisé semble fiable avec un indice alpha de Cronbach de 0,96.

Un des facteurs identifiés dans la littérature qui semble jouer un rôle important au niveau de la satisfaction des familles est une bonne communication entre celles-ci et le personnel. Les familles ont besoin d'être informées sur l'état de leur parent régulièrement, veulent avoir l'occasion de poser leurs questions ainsi qu'être contactées lorsque des décisions concernant des traitements ou des soins sont nécessaires (Ben Natan, 2008; Caron et al., 2005; Vohra, Brazil, Hanna, & Abelson, 2004). Le personnel doit donc prendre le temps et démontrer de la disponibilité pour écouter et discuter avec les familles ce qui permet de diminuer ou d'éviter des conflits sur les décisions de fin de vie (Caron et al., 2005; Gjerberg, Førde, & Bjørndal, 2011). La perception qu'a parfois le personnel que des familles sont difficiles résulte habituellement d'un manque de communication entre les deux parties (Caron et al., 2005; Gjerberg et al., 2010). Selon une étude américaine (Engel, Kiely, & Mitchell, 2006), le temps consacré à discuter avec les familles sur le plan de soins de fin de vie de leur proche était le facteur le plus prédictif de la satisfaction de celles-ci. Pourtant, plusieurs auteurs (Caron, 2004; Dreyer, Forde, & Nortvedt, 2009; Lopez, 2007; Shield et al., 2005; Vohra et al., 2006; Wetle et al., 2005) soulignent le manque de communication existant entre le personnel et les familles dans le contexte de la fin de vie en soins de longue durée. Cela pourrait être attribuable, entre autres, au besoin de formation du personnel sur l'aspect de la communication avec le résident/famille signalé précédemment. Selon une étude canadienne (Brazil et al., 2006), 57 %

des directeurs de soins d'établissements de soins de longue durée estiment que la communication entre le médecin et les familles est insuffisante. Cela est appuyé par l'étude de Teno et al. (2004) qui mentionne que les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée sont les deux milieux où les familles d'un proche mourant ont rapporté le plus haut taux d'insatisfaction en regard de la communication avec le médecin ainsi qu'en regard de la communication d'informations en lien avec la fin de vie de leur proche. Les familles accordent une importance particulière à être informées que leur proche est mourant (Munn et al., 2008; Shield et al., 2005; Vohra et al., 2004, 2006). Thompson et al. (2008) soulignent qu'une bonne communication ainsi que la capacité du personnel à identifier que le résident est en fin de vie sont les deux éléments majeurs influençant positivement la satisfaction des familles. Certaines familles s'attendent ainsi à ce que le personnel puisse prédire exactement le temps et la trajectoire de fin de vie de leur proche et éprouvent un grand désarroi lorsque ce n'est pas le cas (Munn et al., 2008). Toutefois, tel que discuté dans une section précédente, identifier le moment où le résident en soins de longue durée débute l'étape de fin de vie est un défi en soi.

Certaines études (Engel et al., 2006; Goodridge et al., 2005; Munn & Zimmerman, 2006; Vohra et al., 2004, 2006) concluent qu'un autre facteur important qui influence la satisfaction des familles à l'égard des soins de fin de vie est la gestion adéquate des symptômes, ce qui est malheureusement parfois déficient tel que signalé précédemment. D'autres sources d'insatisfaction des familles souvent nommées incluent le manque de personnel (incluant la présence insuffisante du médecin) et le manque de formation de ces derniers par rapport aux soins palliatifs, ces sujets ont également été abordés plus tôt (Munn & Zimmerman, 2006; Shield et al., 2005; Thompson et al., 2008; Vohra et al., 2006; Wetle et al., 2005).

1.3.2 Les besoins des familles. La fin de vie d'un proche en soins de longue durée peut entraîner, pour les familles, des sentiments tels que de l'anxiété, de la frustration ou de la culpabilité auxquels peuvent s'ajouter un sentiment d'échec ou des regrets lorsqu'elles considèrent que la fin de vie de leur proche ne s'est pas déroulée comme elles l'auraient souhaitée (Shield et al., 2005; Thompson et al., 2008). Plusieurs écrits (Goodridge et al., 2005; Kaasalainen et al., 2007; Shield et al., 2005; Vohra et al., 2006) soulignent donc l'importance dans ces moments difficiles de fournir aux familles du soutien psychosocial, mais cela s'avère trop souvent absent ou du moins insuffisant.

Une des particularités du mourir en soins de longue durée consiste à ce que les prises décisions concernant cette étape soient habituellement confiées aux familles puisque la grande majorité des résidents ne sont plus en mesure de le faire à cause de leurs déficits cognitifs. Cela ajoute donc une pression additionnelle sur les familles qui trouvent souvent très pénible de prendre des décisions en lien avec la fin de vie surtout lorsqu'ils ne comprennent pas bien à quoi le personnel s'attend d'eux (Caron, 2004; Caron et al., 2005). Certaines décisions peuvent être complexes et lourdes à porter lorsque cela repose sur les épaules de la famille telle que l'arrêt des traitements qui donne le sentiment aux familles d'être responsable de la mort de leur proche (Sachs et al., 2004). Plusieurs auteurs mentionnent (Brazil & Vohra, 2005; Caron, 2004; Dreyer et al., 2009; Goodridge et al., 2005; Kaasalainen et al., 2007; Lopez, 2007; Thompson et al., 2008; Vohra et al., 2006) que ces prises de décision sont d'autant plus difficiles dans un contexte où les familles manquent de connaissances et ont besoin d'être éduquées par rapport aux soins palliatifs et à la trajectoire du résident en fin de vie. Par contre, selon les directeurs de soins d'établissements de soins de longue durée au Canada, un obstacle

important à la transmission de ces connaissances aux familles est relié au fait que, pour plusieurs d'entre elles, la réalité que leur proche est en fin de vie est tout simplement inconcevable (Brazil & Vohra, 2005).

1.3.3 Les conflits. Malgré tout, comme les familles souhaitent majoritairement être impliquées dans les soins ou les prises de décision concernant leur proche (Bauer & Nay, 2003; Kaasalainen et al., 2007; Vohra et al., 2004), cela représente aussi un défi puisque l'hébergement entraîne une redéfinition des rôles pour les aidants familiaux qui ont parfois de la difficulté à s'adapter à cette nouvelle réalité de laisser à d'autres le soin de leur proche (Bauer & Nay, 2003; Caron et al., 2005; Levesque, Ducharme, Legault, & Giroux, 2004; Talbot & Landry, 2006). Si l'on ajoute à cela le manque de communication ou les attentes non comblées discutés précédemment, il n'est donc pas surprenant que la littérature rapporte régulièrement l'existence de relations conflictuelles entre le personnel des soins de longue durée et les familles. Les relations conflictuelles avec le personnel ont, entre autres, pour conséquence de diminuer la fréquence des visites de la famille (Port, 2004) ainsi que d'être associé à l'augmentation de la prévalence de la dépression chez les membres de famille (Chen et al., 2007). Pourtant leur présence auprès du résident en fin de vie est d'une importance particulière à cette étape sachant que les familles autant que les infirmières souhaitent éviter que le résident ne meure seul (Goodridge et al., 2005; Lopez, 2007).

Dans l'étude qualitative descriptive de Lopez (2007), neuf infirmières travaillant dans trois établissements de soins de longue durée aux États-Unis ont été interrogées. Le but était d'explorer la relation entre les familles et les infirmières ainsi que de décrire la perception de celles-ci face à l'implication des familles dans les décisions de fin de vie. Les résultats indiquent que les infirmières rapportent vivre régulièrement des conflits avec les familles qui

oscillent entre l'approche palliative et curative, ce qui peut se traduire par des demandes injustifiées de tests invasifs ou le refus d'administration d'analgésiques. Cela est attribué, toujours selon les infirmières, au sentiment de culpabilité, au manque de connaissance ou au déni des familles que leur proche est mourant. L'auteur conclut que ces conflits entraînent de la souffrance pour le résident, mais aussi pour les infirmières et que ces dernières bénéficieraient de formation afin de devenir de bonnes ressources pour guider et soutenir les familles dans la période de fin de vie du résident. Toutefois, la petite taille de l'échantillon limite grandement la transférabilité de ses résultats.

D'autres sources de conflits portent sur le fait que les familles prennent parfois des décisions pour leur proche en fonction de leurs propres préférences plutôt qu'en fonction des préférences ou volontés du mourant (Dreyer et al., 2009; Gjerberg et al., 2010). Selon une étude (Munn et al., 2008) le personnel a indiqué que, lorsque le résident est en fin de vie, les relations avec les familles deviennent conflictuelles lorsque celles-ci requièrent beaucoup de temps et d'attention. Tel que souligné par Gjerberg et al. (2010) : « il est inquiétant que les familles puissent être perçues comme des adversaires » (p. 682) surtout sachant qu'elles vivent de moments difficiles et ont besoin d'être soutenues.

Cette recension des écrits permet de constater que les études foisonnent sur les soins de fin de vie et la clientèle en soins de longue durée. La recension donne le portrait d'une clientèle qui est en grande perte d'autonomie à son arrivée en établissement de soins de longue durée et qu'elle nécessite une intensité de soins importante. Cette clientèle requiert donc une expertise de la part du personnel qui nécessiterait d'être reconnue. Comme la très grande majorité des résidents y décèderont, il est primordial qu'ils puissent y recevoir des soins palliatifs et que ceux-ci ne se limitent pas qu'à leurs derniers jours de vie. Le personnel ne doit

pas non plus négliger les familles dont les besoins sont également grands et qui devraient être considérées comme des partenaires avec lesquels une bonne communication est primordiale puisqu'ils seront appelés à prendre des décisions ayant beaucoup d'impact lors la fin de vie du résident. Devant le but d'offrir des soins de fin de vie de qualité au résident et ses proches, se dresse malheureusement de nombreux obstacles, le manque de personnel et les lacunes dans leur formation venant en tête de liste. Les besoins de formation se situant particulièrement sur la gestion des symptômes en fin vie, les besoins psychosociaux/émotionnels des résidents et de leur famille et la bonne communication afin d'établir une relation de confiance avec les résidents/familles et ainsi éviter les conflits en fin de vie. Conséquemment, si les organisations souhaitent créer les conditions propices au développement d'une approche palliative en soins de longue durée, il leur faudra tout d'abord adhérer à cette philosophie de soins, s'assurer que le personnel est en nombre suffisant et que de la formation continue et du soutien sont offerts. Tous les résidents et leur famille pourront alors espérer une fin de vie accompagnée, empreinte de dignité et de respect.

Chapitre 2

La recension des écrits sur la pratique réflexive

2.1 Les fondements

Au 20^e siècle, les premiers écrits sur la pratique réflexive sont l'œuvre du philosophe John Dewey. Ce dernier, provenant du monde de la psychologie et de l'éducation, s'est intéressé à la pensée réflexive en lien avec les actions posées et définit celle-ci comme : « Active persistent and careful consideration of any belief or supposed form of knowledge in the light of the grounds that support it and the further conclusions to which it tends » (Dewey, 1933, cité dans Bulman, 2008, p. 2). Selon ce philosophe, la pensée réflexive est plus que simplement un processus intellectuel puisqu'elle tient compte des émotions et sentiments qui influencent l'action. Cela permet ainsi d'agir intelligemment plutôt qu'impulsivement ce qui demande un certain courage et de l'ouverture d'esprit.

Dans les années 70 et 80, Schön et Argyris, sont considérés comme des pionniers de la réflexion associée à la pratique professionnelle. Ensemble, ces deux professeurs élaboreront une théorie de l'action qui soutient que les praticiens ont des stratégies d'actions qu'ils croient être efficaces pour atteindre un but. La théorie d'action peut revêtir deux formes soient 1) la théorie professée (*espoused theory*) c'est-à-dire ce que l'on dit vouloir faire; et 2) la théorie d'usage c'est-à-dire ce que l'on fait en réalité. Schön (1983) affirme que le praticien est souvent confronté à des problèmes très complexes et spécifiques à sa profession où les théories professées ne sont que de peu d'utilité pour les résoudre. Des travaux de Michael

Polanyi en collaboration avec Argyris, Schön (1983) retient le concept de savoir tacite qui allègue qu'il existe un savoir caché dans l'agir professionnel, ce qui se manifeste lorsqu'un individu agit d'une certaine façon en fonction de son expérience et qu'il ne peut en expliquer les raisons. Schön, inspiré par les travaux de Dewey, décrit la pratique réflexive comme étant un processus d'évaluation critique de ses propres comportements ayant pour finalité de développer ses habiletés dans son travail et comme étant également un processus permettant de relier ses actions à ses pensées (Kinsella, 2009). Schön (1983) distingue, selon une notion de temporalité, la réflexion sur l'action de la réflexion dans l'action. La réflexion sur l'action permet au professionnel de faire une réflexion rétrospective sur l'action posée en se questionnant et se critiquant afin d'ajuster sa pratique. Cette réflexion permet, selon Schön (1994) de corriger un sentiment de savoir absolu qui mène souvent à une automatisation de la pratique professionnelle et une étroitesse d'esprit qui empêche le praticien de voir et corriger ses erreurs. La *réflexion en cours d'action* permet au praticien de se questionner en même temps qu'il agit afin d'ajuster sa pratique *in vivo*. Selon Schön, plus le praticien développe ses habiletés à réfléchir hors de l'action, plus il deviendra habile à réfléchir rapidement dans l'action.

Boyd et Fales (1983), provenant des domaines de la psychologie et de l'éducation se sont intéressées à « comment » les individus apprennent et grandissent au travers de leurs expériences. Selon eux, la pratique réflexive est l'élément central du processus d'apprentissage. Elles proposent un processus de réflexion composé de six étapes ayant pour objectif un changement de perception conceptuelle incluant ainsi un aspect cognitif et affectif. Les six étapes sont 1) un sentiment d'inconfort; 2) l'identification ou la clarification du problème; 3) l'ouverture d'esprit pour accepter de nouvelles informations de source interne et

externe ainsi que la capacité d'observer et d'accepter différentes perspectives; 4) la résolution du problème par l'adoption d'une nouvelle perspective; 5) l'établissement d'un lien de continuité entre son passé, son présent et son futur; et 6) la décision d'agir en fonction du résultat obtenu par la pratique réflexive.

Boud, Keogh, et Walker (1985), quant à eux, définissent le concept de réflexion comme : « un terme générique concernant les activités intellectuelles et affectives dans lesquelles un individu s'engage pour explorer ses expériences afin d'en arriver à de nouvelles compréhension et perspective de celles-ci. » [traduction libre] (p. 19). Selon ces auteurs, la réflexion permettrait un changement au niveau des attitudes ou des comportements adoptés.

Dans le domaine de l'éducation, Perrenoud (2010) souligne que la réflexion n'est pas qu'une simple évocation d'une expérience passée, mais passe par une critique, une analyse et une mise en relation. Pour devenir un praticien réflexif, selon lui, il ne suffit pas seulement de faire de la réflexion occasionnelle sur sa pratique, mais la pratique réflexive doit devenir une posture permanente qui passe par l'adoption d'une méthode systématisée de réflexion. À l'instar de Schön, Perrenoud indique également que dans le monde complexe dans lequel les praticiens évoluent de nos jours, la majorité des problèmes ne peuvent être résolus uniquement par des savoirs théoriques, ce que Schön nomme la rationalisation technique. Boutet (2004) avait également mentionné qu'un des enjeux majeurs de la pratique réflexive en enseignement est, pour le praticien réflexif, de réussir à composer avec la complexité des situations rencontrées.

Un des premiers auteurs qui distingua différents niveaux de réflexivité fut l'andragogue Mezirow au début des années 90. Il définit le *premier niveau* comme non- réflexif, ce qui signifie l'absence de pensées réflexives. Le *deuxième niveau* est une réflexion de niveau

inférieur soit la prise de conscience de notre propre façon de voir, penser, juger et l'évaluation de nos décisions. Le *troisième* et *dernier niveau* est celui de la réflexion critique, c'est-à-dire le processus de réflexion qui intègre la prise de conscience que les façons de faire habituelles sont insatisfaisantes, l'identification du besoin d'apprendre ainsi que du besoin d'un changement de perspective (Freshwater, Horton-Deutsch, Sherwood, & Taylor, 2005). De son côté, la pédagogue Roy (2008) propose cinq niveaux de pensées soient 1) a-réflexives; 2) non-réflexives; 3) pré-réflexives; 4) quasi-réflexives; et 5) réflexives. Les pensées a-réflexives sont des affirmations basées sur des croyances absolues. Le deuxième type de pensées s'exprime par des énoncés descriptifs tandis que le troisième s'exprime par des énoncés explicatifs où il y a une recherche de logique. Les pensées quasi-réflexives sont uniquement basées sur des justifications logiques tandis que les pensées réflexives sont formulées autour de raisonnements logiques permettant de justifier une situation en mettant l'accent sur la dimension sociale.

2.1.1 La pratique réflexive en sciences infirmières. Les écrits de Schön mentionnés précédemment ont eu un grand impact sur les écrits en sciences infirmières où la pratique réflexive correspond généralement au concept de réflexion sur l'action.. Jarvis (1992) mentionne que la pratique réflexive est un concept souvent utilisé, mais peu défini. Il a été un des premiers, en sciences infirmières, à donner une définition de celle-ci. Il définit donc la pratique réflexive comme une pratique où le professionnel cherche à regarder de plus près sa performance dans diverses situations de travail afin de continuer à se développer et s'améliorer à travers ces occasions d'apprentissage. Jarvis accorde à la pratique réflexive le potentiel de pouvoir rapprocher la théorie de la pratique et affirme que la pratique réflexive est

le processus par lequel le praticien s'appuie sur une pratique sensée (*thoughtful practice*) pour faire en sorte que celle-ci devienne source d'apprentissage.

Une revue de littérature réalisée par Atkins et Murphy (1993) a permis aux auteurs de mettre en évidence trois grandes étapes dans le processus réflexif. La première étape étant la prise de conscience de pensées ou émotions qui créent un malaise chez le professionnel à la suite d'une expérience vécue. La seconde étape implique une analyse critique de la situation en tenant compte des émotions et des connaissances qui y sont reliées. Finalement, la dernière étape est le développement d'une nouvelle perspective de la situation vécue.

Reid (1993), donne sa définition de la pratique réflexive, influencée par les travaux de Boyd et Fales (1983) ainsi que par Boud et al. (1985), comme étant : « ... un processus d'analyse d'une expérience de travail afin de la décrire, l'analyser, l'évaluer dans le but d'apprendre de sa pratique » [traduction libre] (p. 305). L'auteur mentionne que la pratique réflexive permet de transformer la pratique professionnelle en questionnant pourquoi tel ou tel résultat est obtenu ainsi qu'en élargissant le répertoire des savoirs afin qu'il ne se résume pas qu'aux savoirs empiriques. Tout comme Atkins et Murphy (1993) l'ont mentionné, l'auteur indique que le point de départ du processus de réflexion est habituellement un inconfort relié à une expérience de travail, mais elle précise que les infirmières devraient autant réfléchir sur les situations où elles ont été performantes. Reid (1993) souligne également le fait que la pratique réflexive est non seulement une façon d'apprendre, mais un mode de survie et de développement pour les infirmières une fois leur formation initiale complétée.

Pour Johns (1995), la pratique réflexive représente la capacité du professionnel d'analyser des situations et d'apprendre de ses expériences afin d'être un praticien dont le travail sera plus efficace et satisfaisant. Selon l'auteur, la pratique réflexive permet aux

professionnels de réaliser qu'ils sont des personnes spéciales et importantes qui ont des valeurs et des sentiments qui influencent grandement la façon dont ils prodiguent des soins infirmiers. Toujours selon sa perspective, la pratique réflexive donne également l'occasion au professionnel d'examiner les obstacles qui empêchent le praticien de mettre ses croyances et valeurs en pratique afin d'obtenir la pratique souhaitée (Butler, 2004).

Schutz (2007), à l'instar de Perrenoud, souligne que la pratique réflexive est une façon d'être et non uniquement un ensemble d'habiletés ou un chapeau que l'infirmière peut mettre ou enlever. L'auteur indique que devenir un praticien réflexif ne survient pas instantanément du jour au lendemain et que la pratique réflexive devrait être un concept central dans la façon d'être des infirmières.

Force est de constater qu'il n'y a pas de consensus sur la définition de la pratique réflexive. Tel que mentionné par Appleton (2008), il s'agit d'un concept pour lequel une définition unanime n'est probablement pas possible. Par contre, plusieurs similarités se dégagent des différentes définitions telles que l'analyse des expériences et des sentiments afin d'en faire un apprentissage et changer sa pratique. Certaines définitions impliquent aussi un changement de perspective. Tout comme plusieurs définitions existent, plusieurs modèles ou méthodes de pratique réflexive sont proposés. La prochaine section explique certains d'entre eux.

2.2 Les modèles ou méthodes pour guider la pratique réflexive

Plusieurs auteurs (Appleton, 2008; Ashby, 2006; Balas-Chanel, 2013; Johns, 2010; Perrenoud, 2010; Schutz, 2007) s'entendent pour dire que l'adoption d'un modèle ou d'une méthode aide le processus de pratique réflexive en offrant une structure pour encadrer la

réflexion. Cela permet aussi aux infirmières de développer un sentiment de sécurité avant d'entreprendre une pratique réflexive. Des quatre modèles ou méthodes qui seront présentés ci-après, deux sont issus des sciences infirmières et deux du domaine de l'éducation. Il s'agit de modèles ou méthodes connus qui ont été utilisés par plusieurs auteurs.

2.2.1 L'approche narrative de Johns. Dans le domaine des sciences infirmières, Johns a publié quelques ouvrages sur la pratique réflexive selon une approche narrative. Dans la dernière édition de son livre *Guided reflection : A narrative approach to advancing professional practice*, Johns (2010) décrit cette approche comme « un périple d'introspection et de transformation vers la réalisation de soi. » [traduction libre] (p. 1). Il ajoute qu'il y a de nombreux obstacles dans ce périple, mais qu'il est essentiel à entreprendre pour les praticiens afin de ne pas rester figé dans une pratique guidée par les habitudes. L'approche narrative, selon l'auteur, a pour but de permettre aux professionnels de la santé d'apprendre de leur expérience afin d'améliorer leur pratique et d'élever leur niveau de conscience de soi. Johns (2010) explique l'aspect narratif en indiquant qu'il s'agit, pour le praticien, d'exposer son histoire selon son propre point de vue en tenant compte des interactions avec les autres. Il mentionne également que la réflexion doit être guidée, mais que chaque individu doit trouver sa propre voie et peut s'exprimer à travers les arts comme le dessin, la photographie ou les poèmes. Johns (2010) affirme que le dialogue est au cœur de l'approche narrative et propose six mouvements dialogiques pour construire une réflexion narrative. Pour l'auteur, il s'agit d'un processus en spirale plutôt que linéaire, mais conçoit que pour les débutants, les mouvements puissent être perçus selon cette dernière façon. Voici donc les six mouvements dialogiques proposés par Johns :

- 1) le dialogue avec soi-même afin d'écrire l'histoire complète d'une expérience en y incluant tous les sens impliqués. L'écriture d'un journal est suggérée;
- 2) le dialogue avec l'histoire écrite en utilisant un modèle afin de produire un texte réflexif. À l'intérieur de ce mouvement, Johns propose le Modèle de réflexion structurée composé de dix-sept questions;
- 3) le dialogue entre le texte et d'autres sources de connaissances afin de situer l'émergence d'une nouvelle compréhension;
- 4) le dialogue entre l'auteur et une personne servant de guide afin d'approfondir et co-crée une compréhension commune;
- 5) le cinquième mouvement est celui du dialogue qui consiste en la production d'un texte narratif;
- 6) le dialogue avec des collègues pour tendre vers un consensus afin de produire un texte évolutif (qui peut être sous forme de texte publié ou pièce de théâtre).

2.2.2 *Le récit autobiographique.* L'infirmière Howatson-Jones (2013) propose d'utiliser le récit autobiographique pour guider la pratique réflexive. Selon l'auteure, l'histoire de vie de chacun façonne sa façon de voir ou de réagir à diverses situations et est une source de connaissance. Les habiletés et connaissances acquises par l'expérience personnelle représentent les fondements à partir desquels l'identité professionnelle se forgera lors de la formation initiale. L'auteur donne comme exemple les connaissances développées à travers le rôle parental telles que le développement de l'enfant, la communication et la négociation, la gestion de maladies, la nutrition ou encore les premiers soins seront des acquis déjà présents lors de la formation initiale. La réflexion autobiographique permet de revoir les expériences passées et de les analyser afin d'explorer comment celles-ci influencent les actions présentes.

L'auteure indique que cette réflexion autobiographique permet de donner du sens aux expériences personnelles, est une façon créative d'affronter des situations problématiques et ouvre la voie à la possibilité de changer. Ainsi l'analyse de son récit autobiographique permet de développer sa capacité d'introspection afin de changer nos actions futures. Par contre, l'auteure précise que la réflexion autobiographique nécessite l'exploration des sentiments associés aux expériences passées, ce qui peut se révéler difficile émotionnellement. Howatson-Jones (2013) suggère d'inclure dans son récit autobiographique des aspects tels que : la famille et les amis, l'enfance, l'école, les événements significatifs, le choix de carrière, etc. Cela permet de relier et d'intégrer les expériences des sphères personnelle et professionnelle. Selon elle, la structure qui est employée pour écrire son récit autobiographique révèle comment les expériences nous ont influencées. Selon l'auteur, la pratique réflexive offre des bénéfices au niveau individuel en augmentant la performance des soignants, au niveau organisationnel en améliorant la capacité de résolution de problème ainsi qu'au niveau des patients qui auront une meilleure qualité de soins.

2.2.3 Le modèle du cycle expérientiel. Provenant du domaine de l'éducation, Kolb (1984) a popularisé la notion de l'apprentissage expérientiel et a proposé le modèle du cycle expérientiel basé sur les travaux de Lewin, Piaget et Dewin. Le cycle est donc un processus itératif et se compose de quatre étapes soient 1) l'expérience concrète; 2) l'observation réflexive; 3) la conceptualisation abstraite; et 4) l'expérimentation active. Lors de la première étape, il s'agit de décrire l'expérience incluant les interventions posées, le contexte et les objectifs visés. Dans la seconde étape, le praticien doit analyser ce qui s'est passé lors de la situation afin d'en dégager sa compréhension et celles des personnes impliquées, les valeurs, émotions ou croyances rattachées, ce qui a bien ou moins bien fonctionné et enfin émettre des

hypothèses. La troisième étape consiste, pour le praticien à prendre un certain recul de la situation vécue, faire des liens avec la théorie et les expériences antérieures ainsi qu'identifier une solution ou une façon de faire différemment dans la même situation. Finalement, l'expérimentation active consiste à transférer la solution dans une nouvelle situation et d'en faire l'évaluation. Selon Kolb, afin d'obtenir un véritable apprentissage à partir de l'expérience, le praticien doit s'impliquer activement, doit posséder des habiletés d'analyse pour réfléchir sur son expérience puis finalement, doit être capable de prendre des décisions et de résoudre des problèmes afin de mettre en pratique ses nouvelles solutions. Cette méthode peut être utilisée individuellement ou avec l'aide d'une personne ressource qui soutient la réflexion personnelle.

Balas-Chanel (2013) propose une démarche de pratique réflexive, dans le cadre de l'enseignement en sciences infirmières, qui est basé sur le cycle de Kolb. L'auteur présente un processus concret en sept temps et voit celui-ci comme une spirale ascendante qui permet de progresser continuellement dans le développement de ses compétences. Elle mentionne également qu'il s'agit d'un processus rigoureux et structuré dont les étapes sont d'une durée inégale et qui peut être parcouru plus ou moins rapidement. Selon l'auteur, le passage par toutes les étapes est essentiel, car «... l'aboutissement de chaque étape apporte l'appui pour engager l'étape suivante. » (Balas-Chanel, 2013, p. 18). Voici les différentes étapes que l'auteur expose : 1) définir la problématique; 2) décrire l'expérience évoquée; 3) analyser l'expérience; 4) tirer des enseignements de l'expérience et de son analyse; 5) imaginer, réinventer; 6) transférer; et 7) le faire.

2.2.4 La méthode des incidents critiques. Toujours dans le domaine de l'éducation, Leclerc, Bourassa, et Filteau (2010) proposent la méthode des incidents critiques dont les

racines puisent dans la psychologie. L'analyse des incidents critiques en tant que pratique réflexive est utilisée dans plusieurs domaines, dont celui des sciences infirmières (McBrien, 2007; Parker, Webb, & D'Souza, 1995; Rich & Parker, 1995). La méthode proposée repose sur le travail d'un groupe de collègues qui sont souvent les mieux placées pour bien saisir les difficultés et la complexité de la pratique. Le groupe doit être un environnement sécuritaire qui encourage le dialogue, mais aussi la confrontation féconde d'interprétations. Les auteurs affirment que le travail de groupe permet aux membres d'avoir accès aux stratégies éprouvées des collègues, de prendre conscience de certaines facettes insoupçonnées de leur pratique ce qui a pour conséquence que « les normes ébranlées par le travail de groupe créent des interstices de liberté. Et les nouvelles normes qui s'y construisent peuvent s'avérer des incitations étonnamment puissantes pour permettre à chacun de transcender ses manières habituelles de comprendre ou de faire les choses. » (Leclerc et al., 2010, p. 16). En ce qui concerne l'incident critique, il s'agit d'un évènement positif ou négatif qui peut paraître anodin, mais qui a une signification particulière pour la personne. Les auteurs soulignent que les situations déstabilisantes sont souvent les plus propices à l'engagement des membres dans une pratique réflexive.

La méthode se divise en quatre temps soient 1) la préparation au récit initial; 2) la séance initiale de travail en groupe; 3) l'incubation individuelle; et 4) le retour réflexif distancié en groupe. Le premier temps consiste pour le membre qui soumettra un incident, à écrire sous forme de texte ou en complétant une grille (voir Appendice B), les différentes composantes de l'incident critique soient le contexte, sa première interprétation, l'interprétation des autres, sa compréhension de la situation, ses intentions ou intérêts, ses émotions ainsi que ses valeurs ou croyances. Le deuxième temps se sous-divise en trois étapes

soient la présentation de l'incident, l'exploration de diverses avenues d'analyse et la clôture de la séance. Le troisième temps permet aux membres du groupe de prendre du recul et de dégager les enjeux de la situation. C'est à ce moment que des lectures peuvent être soumises aux membres et où ceux-ci peuvent écrire leur analyse pour contribuer à enrichir la réflexion collective. Le dernier temps consiste à revenir en groupe pour mettre en commun le travail effectué au troisième temps afin de permettre au membre ayant soumis l'incident de se réajuster ou se repositionner. Cette méthode exige la présence d'un accompagnateur ou responsable du groupe qui doit posséder une bonne connaissance de la dynamique de groupe et de fortes habiletés en matière d'animation. Pour conclure, les auteurs soulignent que, pour obtenir une pratique réflexive efficace par l'analyse d'un incident critique, celle-ci doit être confrontée au regard d'un groupe de collègue et mise en lien avec des modèles et notions théoriques.

La méthode des incidents critiques décrite ci-haut ressemble beaucoup à celle du groupe de codéveloppement professionnel de Payette et Champagne (1997). Cette dernière est issue du domaine de la gestion des services sociaux et de la santé et se base sur le cycle de Kolb pour proposer une démarche en six étapes comportant quatre rôles. Les rôles consistent en celui du client, celui des consultants, celui de l'animateur et celui de l'organisateur. Chacun des rôles s'exprime à travers différentes étapes. Avant même de débiter un groupe de codéveloppement, la personne l'organisateur doit présenter le projet et en faire la promotion dans son organisation, puis il doit recruter et choisir les participants ainsi que l'animateur. Ce dernier doit servir de modèle et baser son animation sur « l'apprendre ensemble ». Il doit pouvoir clarifier, stimuler, faciliter, recadrer et contrôler tout le processus afin de fournir une occasion d'apprentissages pratiques à tous les participants. À la première étape de la séquence

de consultation, le client expose sa situation, à la deuxième, les consultants posent des questions d'éclaircissement au client puis à la troisième le client définit le contrat de consultation c'est-à-dire qu'elles sont ses attentes. À la quatrième étape, les consultants réagissent, commentent et font des suggestions. La cinquième étape consiste pour le client à faire la synthèse des informations reçues et établir un plan d'action facilement réalisable. À la dernière étape, le client et les consultants décrivent les apprentissages effectués verbalement puis par écrit.

En résumé, l'approche narrative de Johns vise un accomplissement de soi et la narration peut prendre de nombreuses formes, artistiques ou non. Pour sa part, Howatson-Jones propose de débiter sa réflexion à partir du récit de sa vie personnelle. En ce qui concerne le cycle expérientiel de Kolb, celui-ci présente une démarche concrète par étapes afin d'arriver à des idées d'interventions différentes, mais, à l'instar des deux modèles précédents, s'exerce de façon plutôt individuelle. La méthode des incidents critiques de Leclerc et al. (2010), propose également une démarche concrète par étapes mais se pratique en groupe organisé et animé similaire au groupe de codéveloppement.

2.3 Les écrits empiriques sur la pratique réflexive dans le domaine de la santé avant 2005

Lors de la recension des écrits, une méta-étude et une revue systématique ont été retenues parce qu'elles permettent de faire l'état de situation au niveau de connaissances sur la pratique réflexive avant 2005. D'une part, la méta-étude de Gustafsson, Asp, et Fagerberg (2007) a recensé les études qualitatives sur la pratique réflexive en sciences infirmières. D'autre part, la revue systématique de Mann, Gordon, et Macleod (2009) a recensé les

recherches portant sur la réflexion et la pratique réflexive dans les professions de la santé principalement au niveau académique.

La méta-étude de Gustafsson et al. (2007) avait pour but d'analyser les études qualitatives portant sur la pratique réflexive en sciences infirmières afin de faire une synthèse des connaissances et de la compréhension qu'ont les infirmières de la pratique réflexive. Selon les auteurs, la méta-étude se veut une méthode qui inclut une méta-méthode, une métathéorie, une méta-analyse pour produire une méta-synthèse. Dans cette méta-étude, la recension s'est effectuée entre 1980 et 2004 et a répertorié 36 recherches empiriques, 27 écrits théoriques ainsi qu'une thèse de doctorat sur la pratique réflexive. Les écrits provenaient majoritairement du Royaume-Uni et aucune n'était issue du Canada. L'examen de ces études a permis aux auteurs de faire un premier constat, celui de la présence d'une grande variation dans la terminologie utilisée en lien avec la pratique réflexive. Plusieurs termes sont utilisés comme synonymes dans la littérature tels que techniques réflexives, réflexion sur l'action, réflexion dans la pratique, processus réflexif, pratique réflexive, pensée critique, réflexion critique et raisonnement critique réflexif.

La majorité des études recensées par Gustafsson et al. (2007) se réfèrent aux écrits théoriques de Schön, Kolb, Benner et Carper. Les résultats de la méta-analyse font état de trois catégories se dégageant des études : 1) la pratique réflexive en tant qu'agent; 2) la pratique réflexive en tant qu'outil; et 3) les critiques envers la pratique réflexive. La pratique réflexive en tant qu'agent réfère au fait qu'elle est souvent perçue comme un processus cognitif interne et individuel s'intéressant particulièrement aux valeurs, attitudes et croyances ainsi qu'à la conscience de soi de l'infirmière. La pratique réflexive comme un outil se rapporte au fait que bien que le point de départ soit le processus cognitif individuel ayant été déclenché par une

expérience ou une émotion, la pratique réflexive peut prendre place avec des collègues ou d'autres professionnels et peut s'extérioriser, entre autres, dans le cadre d'un groupe. Enfin, la troisième catégorie fait référence à la principale critique de la pratique réflexive qui émerge des écrits c'est-à-dire le manque de résultats probants de ses impacts sur les soins aux patients.

Dans la méta-synthèse, Gustafsson et al. (2007) résument que la pratique réflexive est une activité métacognitive déclenchée par des émotions reliées à une situation de soins et s'exerçant avant, pendant ou après une expérience clinique. Les auteurs mentionnent aussi que le succès de la pratique réflexive dépend des habiletés des individus à réfléchir sur leur pratique ainsi que sur les facteurs organisationnels favorisant une telle pratique. En conclusion, Gustafsson et al. (2007) indiquent que leur conceptualisation n'a pas complètement pu saisir le phénomène complexe et contextuel qu'est la pratique réflexive.

La revue systématique de Mann et al. (2009) avait pour but la compréhension des variables clés influençant la pratique réflexive en éducation, l'identification des données manquantes et explorer quelles sont les implications pour la pratique et la recherche en éducation des professions de la santé. Cette recension des écrits de 1995 à 2005 a retenu 29 recherches principalement dans le domaine de la médecine (14) et des sciences infirmières (11) dont environ le quart provenaient du Royaume-Uni. Afin de guider leur revue, les auteurs ont utilisé trois définitions de la pratique réflexive soient celles de Dewey, celle de Moon ainsi que celle de Boud et al. Les auteurs soulignent qu'en plus de la réflexion sur l'action et dans l'action, l'anticipation de situations difficiles semblerait aussi stimuler la réflexion.

Les auteurs mentionnent que la majorité des études répertoriées sont qualitatives et exploratoires, la plupart ayant utilisé des méthodes ainsi que des procédés d'analyse soigneusement élaborés et reposant sur les fondements théoriques, ce qui est adéquat pour

explorer un tel sujet. Mann et al. (2009) indiquent aussi que la nature même de la pratique réflexive rend la quantification de ce concept un défi en soi. À l'instar de Gustafsson et al. (2007), les auteurs ont relevé une multitude de termes référant à la pratique réflexive dans la littérature scientifique, ce qui rend ardu l'interprétation, la comparaison et la synthèse des résultats. La revue systématique révèle qu'aucune étude ne s'est penchée sur les résultats observables de la pratique réflexive sur les professionnels et sur leur pratique.

Mann et al. (2009) mentionnent que la pratique réflexive est présente chez les professionnels et leur permet de donner un sens aux situations cliniques complexes rencontrées ainsi que d'apprendre à partir de leurs expériences. Par contre, l'habileté et la propension à faire de la pratique réflexive varient beaucoup selon le contexte de pratique et selon les personnes, autant chez les professionnels que chez les étudiants. Différentes façons d'évaluer la pratique réflexive chez les étudiants sont mentionnées dans la revue systématique telles que les vignettes ou l'analyse de journaux réflexifs. Mann et al. mettent en évidence que plusieurs instruments qualitatifs fiables permettent de détecter la présence, la nature et la profondeur de la pratique réflexive. Les auteurs soulignent que la réflexion peut se développer avec le temps et la pratique ainsi qu'en présence de certains facteurs tels de petits groupes. La revue systématique indique que l'environnement d'apprentissage peut avoir un effet encourageant ou dissuasif sur la réflexion et la pratique réflexive. Selon les auteurs, les facteurs associés au succès de la pratique réflexive sont : un contexte organisationnel facilitant cette pratique, un climat de confiance, la présence d'un mentor ou superviseur, le soutien des pairs ainsi que d'avoir du temps alloué pour la réflexion. La revue systématique révèle qu'il y a peu de résultats observables montrant que la réflexion apporte des changements dans la

pratique clinique et améliore les soins aux patients. Par contre, il n'y a pas d'évidence que l'utilisation de la pratique réflexive peut être néfaste.

Les implications pour l'enseignement que les auteurs font ressortir sont l'utilité de la pratique réflexive comme stratégie d'apprentissage, car elle permet aux apprenants d'intégrer de nouvelles connaissances, de les relier aux anciennes et de prendre conscience des aspects émotifs de l'apprentissage. Mann et al. (2009) suggèrent aux enseignants de servir de modèle de rôle dans la pratique réflexive et de démontrer que celle-ci peut être un processus individuel ou collectif. L'aspect collectif prenant tout son sens pour de futurs professionnels qui auront à travailler en équipe interdisciplinaire. De plus, les auteurs font ressortir que les écrits suggèrent de fournir un modèle afin de guider la pratique réflexive des apprenants et de leur donner de la supervision et de la rétroaction. La revue systématique conclut en mentionnant qu'aucune stratégie d'enseignement ne peut être la panacée pour permettre aux professionnels de faire face à tous les défis de la pratique clinique, mais que la pratique réflexive peut être une stratégie utilisée au même titre que d'autres.

2.4 Les écrits empiriques sur la pratique réflexive en milieu clinique

La présente recension des écrits, à l'instar de Mann et al. (2009), inclut toutes les professions de la santé. Par contre, elle s'est limitée aux études empiriques en milieu clinique en excluant celles réalisées en milieu académique. Elle est composée de 23 articles ainsi que d'une thèse de doctorat qui ont été publiés entre 2004 et 2014. Les écrits ont été classés en trois catégories selon les approches réflexives utilisées soient 1) les approches individuelles; 2) les groupes de pratique réflexive; et 3) les approches mixtes.

2.4.1 *Les approches individuelles.* La première catégorie comporte certains articles où aucune intervention de pratique réflexive n'a été effectuée, mais où les auteurs ont étudié s'il y avait présence de réflexion ou de pratique réflexive de façon individuelle chez les professionnels. Parmi ces études, certaines ont aussi cherché à documenter les retombées de ces pratiques réflexives individuelles.

Dans l'étude phénoménographique suédoise de Gustafsson et Fagerberg (2004), les auteures avaient pour but de décrire l'expérience réflexive d'infirmière lors de situation de soins et de comprendre leur utilisation de la réflexion au quotidien. Des entrevues semi-dirigées ont eu lieu avec un petit groupe de quatre infirmières travaillant en psychiatrie ou en chirurgie. Les résultats indiquent que les infirmières font de la réflexion-sur-l'action et de la réflexion-avant-l'action principalement lors de situations comportant des aspects éthiques ainsi que pour trouver l'audace de tenter de nouvelles interventions ou encore pour mettre à profit leur imagination ou sentiments. En ce qui concerne les retombées, les auteures mentionnent que la réflexion permet aux infirmières de reconnaître l'unicité de chaque personne, de faire preuve d'empathie et de se développer professionnellement. Par contre, aucune mention n'est faite des aspects de la pratique professionnelle qui sont développés ni de la profondeur de la réflexion effectuée. De plus, le nombre de participants étant très limité, cela limite grandement la possibilité de généraliser les résultats.

Dans l'étude descriptive transversale de Cirocco (2007), un questionnaire a été envoyé à 60 infirmières canadiennes travaillant en gastro-entérologie dans un hôpital. Le taux de réponse étant de 57 % ($n = 34$). Le but était de déterminer l'engagement des infirmières par rapport à une pratique réflexive et si celle-ci pouvait améliorer leur pensée critique (*critical thinking*). Toutes les infirmières ayant répondu ont affirmé faire usage de la pratique réflexive,

71 % utilisent l'outil d'auto-évaluation permettant de documenter leur pratique réflexive élaboré par l'OIIO. L'étude indique que 56 % des infirmières interrogées font de la pratique réflexive une fois par année seulement. Ce taux pourrait être expliqué par le fait que l'OIIO oblige ses membres à compléter un portfolio annuel. Tel que mentionné précédemment, la pratique réflexive se veut une posture permanente (Perrenoud, 2010) et non une activité réalisée une fois par année. Il est donc très questionnable de qualifier une réflexion annuelle comme de la pratique réflexive. Les résultats révèlent aussi qu'il est difficile d'évaluer si les infirmières faisant usage de la pratique réflexive ont amélioré leur pensée critique. Les auteurs suggèrent la révision de l'outil de l'OIIO afin d'avoir un véritable impact sur les compétences. Vu le taux de réponse, il est possible de se demander si les résultats n'ont pas été biaisés par le fait que les infirmières ne pratiquant pas la pratique réflexive aient été plus nombreuses à s'abstenir de répondre.

Mamede et Schmidt (2004, 2005) ont voulu, à l'instar de Cirocco (2007), démontrer la présence d'une pratique réflexive, cette fois-ci chez des médecins brésiliens. Ils voulaient également faire certaines corrélations entre cette pratique réflexive et des caractéristiques professionnelles et éducationnelles. Un total de 202 médecins sur une possibilité de 1100 ont répondu à un questionnaire développé par les auteurs et basé sur les travaux de Dewey et Schön. Le but était d'étudier la structure de la pratique réflexive chez les médecins particulièrement lors de situations médicales complexes. Les résultats ont indiqué la présence très variable de la pratique réflexive passant de jamais à une utilisation quasi routinière. L'étude a aussi révélé que la pratique réflexive présente une structure multidimensionnelle non-linéaire pouvant avoir lieu pendant ou après l'action. Cette structure est composée de cinq processus de raisonnement : 1) l'activation intentionnelle (*deliberate induction*), lorsque le

médecin prend le temps de réfléchir à une situation inhabituelle; 2) la déduction intentionnelle (*deliberate deduction*), lorsque le médecin déduit les conséquences d'hypothèses possibles face à la situation; 3) la mise à l'essai, lorsque le médecin vérifie les hypothèses émises; 4) l'ouverture à la réflexion, lorsque le médecin s'engage dans une telle activité constructive; et 5) le méta-raisonnement (*meta-reasoning*), lorsque le médecin démontre l'habileté de réfléchir de façon critique sur sa propre manière de raisonner.

Mamede et Schmidt (2004, 2005) ont également mis en lumière une corrélation négative entre la pratique réflexive et l'âge ou les années d'expérience des médecins. Les auteurs mentionnent que cela pourrait s'expliquer par le fait qu'avec les années, le raisonnement analytique s'estompe au profit d'un raisonnement automatique. Par ailleurs, la pratique réflexive s'observe de façon plus marquée lorsque le médecin est un spécialiste ou travaille en milieu hospitalier. La question que soulève cette étude est : est-il possible de mesurer la présence de pratique réflexive chez un professionnel avec des questions qui offrent seulement la possibilité de répondre selon une échelle de type Likert? Il aurait été intéressant que les auteurs complémentent leur outil par l'utilisation d'autres stratégies telles que des questions ouvertes par exemple. Par contre, il faut souligner la taille importante de l'échantillon et l'aspect quantitatif de l'étude.

Une autre étude où aucune approche ni outil n'est proposé pour guider la pratique réflexive est celle de Mantzoukas et Jasper (2004) où le but était d'explorer le point de vue d'infirmières sur la pratique réflexive dans le contexte de leur pratique clinique quotidienne et le lien avec la culture organisationnelle de leur milieu de travail. Cette étude ethnographique a été réalisée auprès de 16 infirmières travaillant sur quatre unités de médecine d'un hôpital en Angleterre. Après une observation de chaque infirmière prodiguant des soins à deux patients,

les auteurs ont fait une entrevue afin de comprendre le processus décisionnel et comment les infirmières utilisent la réflexion dans l'action. Cependant, l'étude ne mentionne pas sur quel cadre théorique elle repose ni la définition utilisée de la réflexion ou pratique réflexive. Les résultats indiquent que même si les participants pensent que la pratique réflexive est un outil pouvant faire avancer leur pratique professionnelle, leur capacité d'introspection et leur concentration, cette pratique n'est pas encouragée par le milieu de soins. L'étude dénote que la culture organisationnelle de l'établissement considère que la pratique réflexive n'est pas une méthode validée pour l'acquisition de connaissances contrairement à la pratique fondée sur des résultats probants, il en résulte alors que les infirmières ne sont pas incitées à l'utiliser. L'étude conclut que la pratique réflexive est dénigrée, voire qualifiée d'anormale, par la hiérarchie organisationnelle. Les auteurs de l'étude émettent l'hypothèse que l'origine de ce dénigrement pourrait être un jeu de pouvoir entre certains groupes tels que les médecins et les gestionnaires. Les infirmières souhaitant faire de la pratique réflexive sont donc confinées à le faire sur leur temps personnel.

L'étude de Mantzoukas et Jasper (2004) rejoint celle de Larue, Dubois, Girard, Goudreau et Dumont (2013) où l'objectif était de documenter les facteurs, dont les éléments organisationnels, facilitant le développement de compétences des infirmières nouvellement diplômées. Dans cette recherche descriptive exploratoire, 34 infirmières et 19 gestionnaires de deux hôpitaux québécois ont participé à des entrevues individuelles ou de groupes. Les résultats indiquent que les infirmières se développent principalement en réfléchissant à leur pratique professionnelle, mais qu'il y a absence de temps de réflexion dans le milieu de travail, ce qui représente un obstacle majeur. D'ailleurs, 15 infirmières sur 34 affirment devoir développer leurs compétences sur leur temps personnel. L'étude souligne que ce

développement implique autant la responsabilité personnelle des infirmières que celle des organisations de soins qui devraient favoriser cette pratique par la libération des infirmières de leur travail et par l'implication des gestionnaires. À ce sujet, les auteures mentionnent que le rôle du gestionnaire est majeur afin de promouvoir l'apprentissage en ayant des attentes élevées, en stimulant l'auto-évaluation ou en favorisant la tenue de groupes de codéveloppement.

Les prochains articles utilisent différents outils pour guider la pratique réflexive individuelle. Le premier outil réflexif utilisé est celui du journal réflexif dans l'étude de Simpson et Courtney (2007). Les auteures indiquent que le journal réflexif est une technique qui encourage la pensée critique en demandant à l'apprenant d'écrire ses réflexions sur ses expériences cliniques. L'étude avait pour but d'explorer l'utilisation d'un modèle de rédaction d'un journal réflexif, de décrire comment des infirmières du Moyen-Orient utilisent ce journal ainsi que ces impacts sur leur pratique. L'expérience a été réalisée auprès de 20 infirmières, un administrateur et trois infirmières éducatrices sur une période de 12 mois. Les résultats indiquent que le modèle de rédaction proposé a été accepté par les infirmières, car il leur permettait de faire de la réflexion-sur-l'action. Le journal donne l'occasion aux infirmières d'écrire leurs pensées, des données subjectives et objectives, d'instaurer un dialogue avec les éducatrices, de faire sens des erreurs ou succès et de diminuer le stress au travail. Les auteurs concluent en soulignant l'importance d'avoir un modèle clair pour guider la rédaction du journal et le besoin d'un soutien clinique (la rétroaction par les éducatrices dans ce cas-ci). Cependant, cette étude fait preuve de lacunes méthodologiques telles qu'il n'y a aucune méthode de collecte des données mentionnée, ni quel est le type d'étude.

Dans l'étude qualitative prospective de Levine, Kern, et Wright (2008), les auteurs ont demandé à des résidents de médecine interne de produire des écrits réflexifs (*prompted narrative writing*) à toutes les huit semaines pendant une année. Les participants devaient commenter ou répondre à des questions se rapportant à la conscience de soi en tant que médecin, la croissance personnelle et le bien-être; le dernier écrit portant sur les retombées d'avoir participé à cette étude. Le but de l'étude était de déterminer si ces écrits réflexifs favorisaient la réflexion ainsi que les retombées sur l'attitude et les comportements des résidents. Les 31 résidents recrutés pour l'étude provenaient de neuf états américains différents et seulement 24 résidents ont produit le dernier écrit demandé. Les résultats indiquent que 20 résidents sur ces 24 ont eu des commentaires positifs en lien avec leur participation à l'étude et les quatre autres ont rapporté n'avoir observé aucun impact sur eux. Les principales retombées positives rapportées par les résidents sont une réflexion plus profonde, une meilleure conscience de soi, la motivation de s'améliorer, la reconnaissance de leurs progrès ainsi que la possibilité de revoir leurs priorités et valeurs. Il est possible de se questionner à savoir si les 7 résidents n'ayant pas produit d'écrit sur les retombées de cette étude se sont abstenus parce qu'ils avaient des commentaires négatifs qu'ils ont jugé préférable de garder sous silence. Il aurait aussi été pertinent que les auteurs recrutent des médecins ayant diverses années d'expérience afin d'augmenter la possibilité de généraliser les résultats.

Une dernière étude utilisant une approche individuelle a également été réalisée auprès de résidents en médecine interne mais au Brésil cette fois. L'étude de Mamede, Schmidt et Penaforte (2008) est une des rares études quantitatives sur la pratique réflexive et présente une perspective différente. Les auteurs ont voulu évaluer les effets de la pratique réflexive sur l'exactitude du diagnostic médical. Pour ce faire, les 42 résidents provenant de deux états ont

reçu 16 histoires de cas afin de déterminer un diagnostic. La moitié des histoires de cas était des cas complexes et l'autre moitié des cas simples. Les participants ont reçu deux types de directives différentes selon le cas clinique présenté. Le premier type de directives était simplement de nature à induire un raisonnement automatique, c'est-à-dire que le participant devait simplement écrire la première hypothèse de diagnostic qui lui semblait probable. L'autre type de directives consistait à demander d'écrire la première hypothèse de diagnostic probable puis comportait ensuite une série de questions de nature à induire une réflexion sur cette hypothèse, générer d'autres hypothèses, le tout se terminant par une demande d'écrire un diagnostic final. Les auteurs ont fait la répartition au hasard des cas ce qui a amené chaque participant à poser un diagnostic pour la moitié des cas complexes selon le premier type de directive (raisonnement automatique) et l'autre moitié des cas complexes selon le deuxième type de directives (raisonnement réflexif). Il en a été de même pour les cas simples. Les résultats ont révélé que le processus de raisonnement réflexif permet de générer plus d'hypothèses exactes pour les cas complexes et pour les cas simples. Par contre, lorsque seulement le diagnostic final est considéré, la pratique réflexive fait une différence dans l'exactitude du diagnostic seulement pour les cas complexes. Les auteurs concluent que la pratique réflexive est une approche pouvant avoir des impacts positifs sur le raisonnement clinique particulièrement pour les problèmes ambigus, inhabituels et comportant plusieurs composantes. Bien que cette étude soit une des seules ayant des retombées observables dans la pratique clinique, il est possible de remettre en question la qualification de leur méthode en tant que pratique réflexive puisqu'il s'agit d'une série de questions dont aucune ne touche à un aspect d'introspection relié à la conscience de soi ou à une nouvelle façon d'agir. Tel que

mentionné dans l'étude précédente, il aurait aussi été intéressant d'avoir des participants ayant diverses années d'expérience.

2.4.2 *Les groupes de pratique réflexive.* Plusieurs écrits ont traité de groupes de pratique réflexive, mais la façon de fonctionner de ceux-ci, la profession des participants ainsi que les thématiques abordées varient beaucoup d'un article à l'autre.

Dans l'étude qualitative d'Olofsson (2005), l'intervention consistait à implanter un groupe de pratique réflexive pour des infirmières suédoises travaillant sur deux unités psychiatriques d'un même hôpital. Le but de l'étude était de décrire l'expérience des infirmières participant à un groupe de pratique réflexive ayant pour sujet l'utilisation de la coercition. L'animation du groupe était assurée par une infirmière clinicienne superviseure ayant de l'expérience dans le domaine psychiatrique qui guidait le groupe selon le modèle de réflexion structuré de Johns. Un total de 23 infirmières ont participé à l'étude, mais à raison de deux à quatre participants par rencontre. Onze rencontres de groupe d'une heure et demie à deux heures ont eu lieu sur une période de huit mois. Il est intéressant que l'auteure décrive les résultats autant positifs que négatifs rapportés par les infirmières. Les aspects positifs décrits sont : avoir du temps pour réfléchir; la validation des émotions, pensées et actions; l'acquisition de nouvelles perspectives; le développement d'un esprit de camaraderie entre collègues et une amélioration de la relation avec les patients. Du côté négatif, les aspects nommés sont le mauvais moment de la tenue de la rencontre, le sujet principal de discussion inapproprié ainsi que l'absence du besoin de telles rencontres. Malgré les quelques aspects négatifs qui peuvent compromettre les chances de succès d'une telle intervention, l'auteure souligne que les points positifs font des groupes de pratique réflexive une des pistes de solution à retenir pour améliorer les soins en lien avec l'utilisation de la coercition. Il est à

noter que l'auteure mentionne que le recrutement des participants a été plus difficile qu'anticipé vu la réticence de ceux-ci à prendre part aux rencontres. Certaines infirmières ont participé de façon totalement volontaire tandis que pour d'autres, leur gestionnaire leur avait demandé de participer au groupe. Toutefois, aucune donnée sur le nombre d'infirmières appartenant à une catégorie ou l'autre n'est indiquée. Il est possible de supposer que cela a eu un effet sur les résultats puisque les infirmières appartenant à la deuxième catégorie ont peut-être fourni plus de commentaires négatifs. De plus, la majorité des participants n'a assisté qu'à une seule rencontre, il n'est donc pas possible de constater une évolution chez celles-ci. D'ailleurs, peut-on vraiment évaluer une intervention de ce genre sur la base d'une seule rencontre? L'auteure conclut que pour assurer le succès de l'implantation d'un groupe de pratique réflexive, il faut que la priorité soit donnée aux rencontres, avoir un but clair et commun à tous, installer un climat de confiance puisque certaines situations exposent la vulnérabilité des participants et finalement s'assurer que le besoin de soutien ou de supervision clinique ne soit pas perçu par les collègues de travail comme une incapacité de l'infirmière à bien faire son travail.

L'étude phénoménologique herméneutique de Graham, Andrewes, et Clark (2005) porte sur un sujet fort différent, les soins palliatifs. Le but de l'étude était de découvrir la signification de l'expérience de la souffrance vécues par les infirmières dans la relation de soin auprès de patients mourants, et ce, au moyen de la réflexion. Des infirmières travaillant sur une unité de médecine d'un hôpital britannique ont été recrutées pour participer à des rencontres de groupe. Le groupe de pratique réflexive a été développé afin de permettre aux infirmières de revoir de façon critique leur pratique clinique et d'y apporter des changements. Les rencontres ont eu lieu aux deux semaines et réparties en trois phases de trois mois

chacune. La première phase du projet portait sur 12 aspects précis de la pratique tels que l'éthique et le leadership. Les deux autres phases n'avaient pas de sujet précis et permettaient aux infirmières de présenter des histoires de cas et discuter de certains aspects des soins palliatifs tels que l'hygiène, l'alimentation ou le soulagement de la douleur. Les auteurs rapportent que la réflexion a permis aux participants de tourner la page sur des expériences cliniques douloureuses, d'identifier des aspects positifs dans certaines de ces situations, de trouver de nouvelles stratégies d'action ainsi que de réaliser l'importance d'explorer rapidement les sentiments vécus. Selon les auteurs, la réflexion aide les infirmières à conceptualiser et expliciter leur pratique clinique, à apprendre de leurs expériences et leur permet ainsi de mettre le patient au cœur des soins. En conclusion, il est mentionné que la supervision clinique et les groupes de soutien nécessitent plus de développement afin d'outiller les infirmières face à la complexité des émotions vécues en lien avec les soins aux mourants. Dans cette étude, plusieurs données sont manquantes telles que le nombre de participants ou les fondements théoriques de la réflexion ou de la pratique réflexive utilisés. De plus, le rôle de l'animateur n'est pas précisé.

Une étude australienne plus récente (Dawber, 2013a, 2013b), dont la méthodologie mixte et les bases théoriques sont très bien expliquées, a aussi évalué les retombées de groupes de pratique réflexive. Trois groupes ont été formés selon des spécialités différentes soient 1) sages-femmes; 2) infirmières en oncologie; et 3) infirmières aux soins intensifs. Le nombre total de participants était de 18. Les rencontres n'étaient pas structurées selon un modèle, mais il s'agissait plutôt d'un dialogue entre le facilitateur, une infirmière spécialisée en psychiatrie, et les participants qui se basaient sur des histoires de cas vécues (*clinical narratives*). Les rencontres ont eu lieu pendant les heures de travail, à toutes les deux semaines pour une durée

de 45 minutes à une heure et s'échelonnant sur une période de huit mois pour un groupe et d'environ trois ans pour les deux autres. L'auteur souligne d'ailleurs que la longévité de deux des groupes indique que cela peut s'avérer une activité durable. Selon les résultats, les participants décrivent des impacts positifs que les groupes de pratique réflexive ont eus sur leur résilience, sur leur conscience de soi et des autres, ainsi que sur leur pratique clinique (ex : capacité d'explorer leurs émotions et d'examiner leur façon d'agir résultant en une meilleure qualité de soins). La majorité des participants mentionne également des impacts bénéfiques sur la cohésion et le fonctionnement des équipes de soins. Les participants ont souligné l'importance du rôle du facilitateur ainsi que de tenir compte de la culture organisationnelle. L'auteur conclut que les groupes de pratique réflexive permettent d'améliorer la capacité réflexive, sont une source de soutien clinique et qu'il faut continuer de soutenir le développement de tels groupes de pratique réflexive. Une limite de l'étude, rapportée par l'auteur, réside dans le fait les participants étaient en petit nombre ainsi que volontaires et intéressés par la pratique réflexive ce qui a pu biaiser favorablement les résultats, d'ailleurs aucun effet négatif n'a été rapporté.

À l'instar de Dawber (2013a; 2013b), la thèse doctorale de Turcotte (2012) a aussi étudié les retombées de groupe de pratique réflexive auprès d'infirmières travaillant en oncologie dans divers hôpitaux québécois. Par contre, la particularité de cette recherche-action se situe dans le fait que la collecte de données a été réalisée, non seulement auprès des infirmières impliquées, mais également auprès des collègues de celles-ci ainsi que des familles de patients soignés par les infirmières pivots en oncologie (IPO). De plus, l'étude s'est intéressée à la profondeur de la pratique réflexive développée et est basée sur les travaux d'Argyris et Schön. Six infirmières pivots en oncologie ont participé à 11 rencontres divisées

en trois cycles, hors des heures de travail et d'une durée de trois heures chacune. L'auteur ainsi qu'un facilitateur expert ont coanimé les rencontres. Les résultats de l'étude indiquent que les infirmières ont pu développer une pratique réflexive profonde amenant à des changements au niveau de leurs valeurs, principes, perceptions et stratégies d'action. Certains participants ont mentionné être capable de réflexion-dans-l'action et, conséquemment, de modifier leur pratique *in vivo*. Les participants ont rapporté que le groupe de pratique réflexive leur a permis d'augmenter leur satisfaction au travail, d'atténuer le risque d'épuisement professionnel, d'améliorer l'estime de soi et la confiance en soi ainsi que d'avoir le courage d'aborder de front les situations cliniques jugées difficiles. Les participants ainsi que leurs collègues mentionnent un climat de travail plus paisible et une plus grande habileté dans le travail d'équipe afin de résoudre des problèmes. En ce qui concerne les familles, elles ont rapporté une diminution de leurs inquiétudes ou de leur détresse psychologique, l'augmentation de leur capacité à donner un sens à l'expérience du cancer ainsi qu'une meilleure communication à l'intérieur de la famille et avec l'équipe soignante. L'impossibilité de tenir compte de la culture organisationnelle et la présence de liens hiérarchiques entre certains participants ont cependant représenté des obstacles au déroulement des rencontres.

Une troisième étude (McVey & Jones, 2012) porte sur les groupes de pratique réflexive ayant pour participants des infirmières travaillant en oncologie, mais également en neurologie et en néphrologie. Une ergothérapeute faisait également partie des participants ($n = 13$). Contrairement aux autres études, les auteures n'ont pas mis en place une intervention, mais ont plutôt recruté des participants faisant partie, depuis au moins six mois, de cinq groupes de pratique réflexive déjà établis depuis quelques années dans un hôpital anglais. Les rencontres mensuelles de 60 à 90 minutes comptaient habituellement de trois à cinq participants et étaient

animées par un psychologue expert en supervision clinique. Durant les rencontres, de deux à trois discussions de cas prenaient place. Les buts de l'étude étaient d'évaluer l'impact des groupes de pratique réflexive sur les patients et les participants, de savoir quelle est l'utilité de tels groupes et de comprendre comment cette façon de faire est différente d'autres réunions cliniques. Les participants interviewés ont indiqué que les groupes leur avaient permis de se développer comme professionnels par 1) le partage d'idées ou de solutions; 2) l'accroissement de la confiance en soi; et 3) l'acquisition d'habiletés sur le plan relationnel telles que la communication ou l'écoute. L'importance des points de vue de différents professionnels, d'avoir un petit groupe et un facilitateur expérimenté ont également été des points soulignés par les participants. Finalement, la présence des autres membres et l'environnement de confiance et sans jugement permettent aux participants d'admettre leurs difficultés et de faire émerger des situations difficiles chargées émotionnellement dont ils ne sont pas toujours conscients de prime abord. Les auteures concluent que les groupes de pratique réflexive permettent aux cliniciens de comparer leur pratique à celle des autres et d'avoir le temps de réfléchir. De plus, à l'instar de Turcotte (2012), l'étude mentionne que le fait d'aborder l'aspect émotionnel des situations contribue à la réduction du stress et des risques d'épuisement professionnel chez les cliniciens. Elles soulignent aussi que la clé du succès de tels groupes repose sur la création d'un environnement de confiance afin que les participants ne craignent pas d'exposer leur vulnérabilité et puissent s'exprimer librement. Fait à souligner, les auteures utilisent les termes groupes de pratique réflexive et supervision clinique comme des synonymes. Aucun cadre théorique de pratique réflexive n'est mentionné dans l'étude ni de quelle façon les rencontres se déroulaient.

L'étude australienne de Boucher (2007) est la seule à s'être intéressée à des groupes de pratique réflexive pour les gestionnaires du système de santé. Pour cette recherche-action, six groupes de pratique réflexive ont tenu des rencontres à chaque deux semaines d'une durée de 1h30 pour un total de 12 rencontres sur six mois. Les gestionnaires participants ($n = 34$) provenaient de deux centres de santé. Le but de l'étude était d'explorer comment un groupe de pratique réflexive pourrait permettre aux gestionnaires de développer leurs habiletés de gestion ainsi que de fournir des données pour le développement d'un modèle d'utilisation de la pratique réflexive. Aucune structure précise pour les rencontres n'a été donnée, la seule consigne étant, pour les gestionnaires, de discuter de leur pratique. Ainsi certains groupes ont utilisé la méthode des incidents critiques et d'autres ont opté pour discuter de sujets préalablement sélectionnés. Le rôle du facilitateur consistait à aider les groupes au niveau de leur fonctionnement, gérer les conflits, encourager l'expression des sentiments ainsi qu'être une personne ressource suggérant certaines lectures. Par contre, aucune donnée n'est fournie sur la provenance ou le bagage professionnel de ceux-ci. Les résultats indiquent que les changements de comportement (ex : prendre le temps de réfléchir avant d'agir) ou de façon de penser rapportés par les participants sont modestes, mais perceptibles et qu'aucun impact négatif n'a été mentionné. Les participants ont signalé avoir saisi l'importance de se doter d'un réseau de soutien et appréciaient le réseautage développé à l'intérieur du groupe. Les gestionnaires des participants ont été interviewés et ont révélé que ces derniers avaient démontré de meilleures habiletés de communication entre gestionnaires et certains étaient désormais plus proactifs. À l'instar de McVey et Jones (2012), l'auteure souligne la nécessité pour les groupes d'établir un climat de confiance en évitant qu'il y ait des liens hiérarchiques entre les participants ainsi qu'en ayant recours à un facilitateur externe neutre. Selon les

résultats obtenus, certains participants ont indiqué que l'apport de contenu théorique aurait été bénéfique à leur apprentissage, mais aucune mention n'est faite sur le type de contenu souhaité. L'auteure conclut en mentionnant que les groupes de pratique réflexive sont un bon outil pour le développement des habiletés nécessaires aux gestionnaires, mais qu'il faut pour cela que les participants soient volontaires, s'engagent à être présents de façon assidue aux rencontres et que cette démarche soit encouragée par l'organisation. La structure des rencontres étant laissée au choix de chaque groupe fait de la transférabilité de cette étude une limite.

Une dernière étude canadienne très récente (Goudreau et al., sous-pressé) a proposé une intervention de groupe de pratique réflexive qui se distingue des précédentes par l'animation, la durée et le moment choisi pour l'activité. De plus, cette étude évaluative descriptive longitudinale avait comme cadre de référence l'APC. L'étude souhaitait décrire l'implantation d'une activité de formation continue, fournir le point de vue des gestionnaires ($n = 12$) et des facilitateurs ($n = 18$) sur l'utilité et la faisabilité d'une telle activité ainsi que recueillir la perception d'infirmières nouvellement diplômées (IND) ($n = 55$) sur le développement de leur raisonnement clinique et leur leadership. Les rencontres de groupes de pratique réflexive d'une durée de 30 minutes, pour les quarts de travail de jour, soir et nuit ont été implantées dans huit unités de deux hôpitaux universitaires au Québec. Toutes les infirmières des unités impliquées ont été invitées aux rencontres, mais seulement les IND qui acceptaient de participer à 10 rencontres sur une période de 20 semaines ont été incluses dans l'étude. À chaque rencontre, les IND étaient invitées à partager une situation clinique récente jugée difficile puis les participants faisaient consensus sur quelle situation serait discutée. Les facilitateurs, des infirmières expérimentées, ont reçu une formation préalablement pour

l'animation d'une telle activité. Chacun était libre de choisir le moment qu'il jugeait le plus approprié pour la tenue des rencontres. Les résultats ont montré que l'implantation requiert le soutien des gestionnaires, de la flexibilité de la part des infirmières au niveau de l'horaire et du sujet de discussion ainsi qu'une adaptation à un nouveau rôle pour les facilitateurs. Ces derniers ont d'ailleurs changé de perception sur leur rôle en cours d'implantation passant de détenteur du savoir, au départ, à facilitateur du processus réflexif. Selon les IND, les groupes de pratique réflexive leur ont permis de développer leur raisonnement clinique par exemple en faisant plus de liens entre les données recueillies ainsi qu'en étant plus consciente des données manquantes. Les IND ont aussi indiqué avoir amélioré leur leadership clinique par, entre autres, l'accroissement de leur confiance en soi. Certaines ont expliqué qu'elles continueraient à participer à une telle activité s'il y avait, à l'occasion, la participation d'infirmières expertes, un horaire préétabli de rencontres hebdomadaires ainsi qu'une banque de situations pour la réflexion. En ce qui concerne la perception des gestionnaires, ceux-ci étaient persuadés que l'activité de formation continue a permis le développement des compétences des IND et a eu un impact sur la sécurité des patients et sur la qualité des soins prodigués. Ils ont aussi affirmé que l'activité a généré une relation de soutien entre les IND et les infirmières expérimentées permettant de resserrer les liens dans les équipes. Toujours selon les gestionnaires, les facteurs facilitants l'implantation d'une telle activité sont la motivation des participants et du facilitateur, le respect entre collègues, l'ouverture aux autres ainsi que la présence d'infirmières d'expérience. Selon les auteurs, l'implantation d'une telle activité de formation continue en milieu de travail est possible avec du leadership et du soutien de la part de l'organisation et l'implication des infirmières concernées. Par contre, l'APC représente un changement culturel important dans la formation continue en milieu de travail et demande de

l'ouverture de la part des gestionnaires. Il faut donc prévoir une formation appropriée pour les facilitateurs selon cette nouvelle approche. Les auteurs soulignent que l'un des résultats intéressants de l'étude est la possibilité d'inclure une telle activité pendant les heures de travail. Il faut aussi mentionner le potentiel durable de cette activité puisque deux unités se sont engagées à poursuivre les groupes de pratique réflexive après la fin de l'étude. Les limites de l'étude rapportées par les auteurs s'appliquent à la majorité des études répertoriées, soit l'absence de groupe de contrôle et les résultats qui se restreignent aux propos rapportés par les participants.

2.4.3 Les approches mixtes. Plusieurs articles ont étudié l'utilisation d'une combinaison de diverses stratégies telles que les groupes de pratique réflexive, les journaux réflexifs, le modèle de rôle ou la pratique supervisée.

La première recherche (Holmström, Larsson, Lindberg, & Rosenqvist, 2004; Holmström & Rosenqvist, 2004) se distingue des autres études par une intervention combinant l'enregistrement vidéo et la pratique supervisée. Le but de cette étude suédoise était d'explorer le rôle d'un superviseur en pratique professionnelle facilitant la réflexion sur la pratique chez des professionnels de la santé. Un petit échantillon de deux infirmières et deux médecins travaillant avec une clientèle diabétique ont ainsi été filmés pendant leur consultation régulière avec leurs patients. Un total de dix-huit enregistrements avec des patients différents ont été réalisés puis les cliniciens ont eu des rencontres avec le superviseur après chacune pour visionnement et discussion. Le superviseur a utilisé diverses interventions pour susciter la réflexion sur le contenu et la façon dont les interventions furent posées. Selon les résultats, cette méthode éducative de réflexion a permis aux participants d'avoir une approche plus centrée sur le patient et de poser des interventions éducatives moins prescriptives, suscitant la

participation et la réflexion chez la clientèle qui s'est dite alors plus satisfaite. Les auteurs soulignent que les professionnels de la santé doivent utiliser leurs expériences cliniques comme point de départ pour apprendre; en réfléchissant sur celles-ci, un changement dans leur compréhension et leurs actions pourra en résulter. Ils concluent que la méthode décrite serait bénéfique pour tous les professionnels de la santé travaillant auprès de clientèle ayant une maladie chronique. Dans cette étude, aucune définition de réflexion ou pratique réflexive n'est indiquée et très peu d'informations sont fournies quant à la façon dont le superviseur suscite la réflexion chez le clinicien.

L'étude phénoménologique américaine de Peden-McAlpine et al. (2005) a proposé une intervention pratique réflexive combinant trois stratégies : 1) la lecture et l'analyse de textes; 2) un modèle de rôle; et 3) des discussions réflexives sur les deux premières stratégies. Le but était d'évaluer si une telle intervention, basée sur les principes d'Argyris et Schön, aurait un impact sur les soins prodigués aux familles. Les participants étaient des infirmières ($n = 8$) travaillant aux soins intensifs pédiatriques de deux hôpitaux. Toutes les stratégies furent pilotées par une infirmière clinicienne spécialisée. Aucune mention n'est toutefois faite sur la durée de l'intervention. Les résultats de l'étude indiquent que, à la suite de l'intervention, les infirmières ont rapporté avoir pris conscience de leurs idées préconçues sur les familles, être capables de reconnaître la signification du stress vécu par les familles ainsi qu'intégrer davantage les familles dans leurs soins. Les auteurs soulignent que l'intervention a permis aux infirmières une pratique réflexive profonde qui a modifié leurs attitudes et interventions ainsi que de faire le lien entre la théorie et le contexte particulier et unique de chaque famille.

Tout comme l'étude de Graham et al. (2005), celle de Bailey et Graham (2007) s'est intéressée à la pratique réflexive dans le cadre des soins palliatifs. L'étude a évalué

l'implantation, sur une année, d'un groupe de pratique réflexive. Huit infirmières d'une unité de soins palliatifs en Irlande ont assisté à huit rencontres de 2,5 heures et ont complété individuellement un journal réflexif. Le cycle réflexif de Gibbs a été utilisé par le facilitateur pour guider les rencontres. Les résultats ont indiqué que les infirmières ont perçu l'activité comme ayant une valeur ajoutée leur permettant, entre autres, de mieux comprendre ce qu'est la pratique réflexive et l'utilité d'un modèle guidant celle-ci. Elles ont également apprécié avoir du temps pour réfléchir. Toutefois, aucun résultat n'est rapporté sur quels apprentissages ont été effectués ou quel impact sur la pratique infirmière cette intervention a eu. Les auteures soulignent que le succès du groupe a reposé sur l'établissement d'un climat de confiance et la compétence du facilitateur et le fait qu'il n'avait pas de lien hiérarchique avec les participants. En conclusion, les auteures déclarent que la reconnaissance et la promotion de la pratique réflexive peuvent être des stratégies permettant d'améliorer la qualité des soins infirmiers palliatifs en favorisant l'expertise professionnelle.

L'étude de cas évaluative de Forneris et Peden-McAlpine (2007) a utilisé, comme l'étude précédente, une intervention basée sur les stratégies de groupes de pratique réflexive et de journal réflexif, mais des entrevues individuelles entre chercheurs et participants ainsi que du préceptorat y ont été ajoutés. À l'instar de Goudreau et al. (sous-pressé) et de Larue et al. (2013), l'étude s'est intéressée au développement du raisonnement clinique chez les infirmières novices au moyen de la pratique réflexive. L'intervention, d'une durée de six mois, a recruté un petit échantillon constitué de six infirmières ayant moins d'un mois d'expérience dans le cadre d'un programme d'intégration à l'emploi sur une unité de soins intensifs aux États-Unis. Les stratégies déployées sont bien détaillées ainsi que le moment de leur utilisation : rédaction d'un journal de façon continue pour toute la période de l'étude; les

entrevues individuelles avant, à la moitié et à la fin du projet; le préceptorat pendant les trois premiers mois; un groupe de discussion, animé par un des chercheurs, bimensuel pendant quatre mois puis mensuel pour deux mois. Les résultats de l'étude montrent que l'intervention, que les auteurs qualifient d'apprentissage contextualisé, a permis aux participants de développer leur raisonnement critique par l'augmentation de leur confiance en soi et en leurs savoirs, en évoluant vers une façon de penser plus critique et sensible au contexte ainsi qu'en se questionnant de façon réflexive intentionnellement. Selon les auteurs, l'intervention a ainsi stimulé les participants à s'engager de façon intentionnelle dans un dialogue réflexif avec soi et les collègues ainsi que d'améliorer leur perspective de la globalité des situations cliniques.

Une recherche collaborative canadienne (Vachon, Durand, & LeBlanc, 2010) a voulu explorer comment la pratique réflexive permet à des ergothérapeutes, travaillant en réadaptation, d'intégrer les résultats probants dans leur processus de décision ainsi que d'identifier les facteurs influençant le processus de pratique réflexive. Un groupe de huit ergothérapeutes ont participé à 12 rencontres de groupe de pratique réflexive d'une durée de trois heures s'échelonnant sur une période de 15 mois. Les stratégies utilisées ont été le modèle des incidents critiques pour les rencontres, la rédaction d'un journal réflexif guidé ainsi que des lectures complémentaires. La synthèse des résultats a permis aux auteurs d'élaborer, ce qu'ils ont nommé, un modèle d'utilisation de la recherche basé sur la réflexion critique. Ils ont ainsi classé les résultats en six types de pensée réflexive qui se succèdent et qui entraînent au final, un changement de perspective qui est la construction d'un savoir pratique fondé sur les résultats probants. Les six types de pensées réflexives se déclinent ainsi : 1) l'introspection qui permet à l'intervenant d'identifier une situation problématique; 2) la compréhension des concepts où l'intervenant comprend la théorie et utilise les résultats

probants afin de mieux définir le problème; 3) l'auto-évaluation où l'intervenant définit de nouveaux objectifs; 4) la résolution de problème lorsque l'intervenant identifie des interventions possibles et les justifie; 5) la planification des actions où l'intervenant identifie les facteurs facilitants et les obstacles; et 6) la réorganisation lorsque l'intervenant intègre les nouveaux apprentissages à sa pratique. Les auteurs concluent que la pratique réflexive est une méthode permettant aux intervenants de fonder leur pratique sur les résultats probants. Les auteurs soulignent également l'importance du rôle du facilitateur pour aider à la compréhension des aspects théoriques ainsi que pour guider le groupe de pratique réflexive.

L'étude d'Oyamada (2012) utilise aussi des groupes de pratique jumelés à un écrit réflexif guidé par cinq questions. Le but de l'étude qualitative était de décrire l'expérience d'infirmières japonaises qui participaient à un programme portant sur la réflexion critique. Les participants recrutés étaient 14 infirmières possédant entre cinq et quinze ans d'expérience et provenant de trois hôpitaux. Les facilitateurs choisis pour les groupes étaient des infirmières impliquées dans le développement professionnel dans leur établissement et qui ont bénéficié d'une journée de formation avant la mise en place de l'intervention. Les groupes ($n = 3$) étaient composés de quatre ou cinq participants, d'une durée de 60 à 90 minutes chaque semaine ou deux semaines s'échelonnant sur six à sept rencontres. L'auteur souligne le concept novateur de discussion de groupe où un participant présente une situation vécue et les autres membres soulignent les qualités déployées par la présentatrice dans la situation décrite. Le cadre de référence utilisé était la théorie de transformation de Mezirow. Les résultats, plutôt modestes, indiquent que deux participants ont rapporté un changement dans leur cadre de référence et que la réflexion critique a permis à dix participants de rapporter un changement de pratique. L'étude a permis d'évaluer la profondeur de la pratique réflexive effectuée, mais ne

décrit aucunement quels aspects de la pratique ont changé chez les participants. L'auteur mentionne également en conclusion que des modifications au programme sont nécessaires afin d'améliorer les résultats mais ne précise pas lesquelles.

La dernière étude très récente de Dubé et Ducharme (2014) a aussi eu pour sujet des infirmières. Le but de l'étude à méthodologie mixte était de développer, tester et évaluer une intervention de pratique réflexive auprès d'infirmières travaillant avec de personnes âgées hospitalisées. L'intervention, très bien détaillée, s'est échelonnée sur une période de 22 semaines et avait pour cadre de référence la théorie du *Human Caring* de Watson ainsi que le modèle de réflexion structurée de Johns. L'intervention se composait de quatre éléments : 1) huit rencontres de groupe de pratique réflexive de 75 minutes; 2) la rédaction de trois journaux réflexifs portant sur les sujets de la médication, de la mobilisation et de la planification de congé; 3) trois lectures dirigées sur les pratiques exemplaires en soins gériatriques sur les sujets mentionnés précédemment; et 4) mise en application de trois interventions découlant des pratiques exemplaires. Les participants ($n = 22$) provenaient de trois unités de médecine-chirurgie d'un centre hospitalier québécois. Les auteurs mentionnent que l'âge varié des participants a été un facteur positif dans cette expérience. Les résultats indiquent que les infirmières ont rapporté le développement de certaines habiletés telles qu'une meilleure conscience de soi, une plus grande capacité de description, d'analyse critique, de synthèse et d'évaluation. Elles ont aussi mentionné prendre le temps de réfléchir avant d'agir à la suite de l'intervention ainsi qu'avoir une meilleure perception de leur pouvoir et de leur rôle d'*advocacy*. L'intervention a donc permis aux infirmières de changer leur pratique basée sur des routines établies pour intégrer des pratiques exemplaires. Les auteurs concluent que la pratique réflexive semble être une méthode innovatrice et efficace

d'apprendre pour les infirmières et qui reconnaît la valeur de leur expérience comme une source d'apprentissage. La limite de l'étude, comme dans la plupart des autres, est le petit échantillon observé.

À travers cette recension, il est possible de constater qu'à l'instar des observations de Gustafsson et al. (2007) et Mann et al. (2009), le vocabulaire utilisé pour la pratique réflexive varie encore dans les écrits récents. Plusieurs termes sont utilisés comme synonyme de pratique réflexive telle que codéveloppement, *critical reflection*, *clinical supervision*, *reflective learning*, *experiential learning*, *reflection*, *contextual learning*, *critical reflection*, *reflective thinking*. Cela rend donc plus ardues la compréhension et la possibilité de comparer adéquatement les études.

Le nombre d'études empiriques retrouvées dans les dix dernières années sur la pratique réflexive tend à prouver l'intérêt croissant pour cette méthode et restreint la possibilité de formuler une critique signalant un nombre insuffisant de celles-ci comparativement aux écrits théoriques sur le sujet. Cependant, la qualité des études est variable, certaines études ne donnant pas de définition, de cadre théorique ou ne comportant aucune mention quant aux dimensions éthiques. Toutefois, la plupart s'appuient sur les fondements théoriques reconnus, indiquent le devis employé, détaillent le recrutement des participants et expliquent le déroulement de l'activité de pratique réflexive. Puisque la majorité des articles sont de nature qualitative, les critiques majeures consistent en un nombre limité de participants, l'absence de groupe de comparaison et des résultats uniquement basés sur les propos rapportés par les participants. La plupart des études ont été réalisées en contexte hospitalier, dans le domaine des sciences infirmières et plusieurs proviennent du Canada ($n = 6$). Les effets de la pratique réflexive plus souvent notés sont la diminution du stress au travail, l'augmentation de la

confiance en soi ainsi que le changement d'attitudes, de comportement ou de pratique. Certaines soulignent l'importance d'un contexte organisationnel favorable à la pratique réflexive.

L'approche privilégiée pour réaliser la pratique réflexive qui ressort majoritairement dans cette recension est celle des groupes de pratique réflexive associée ou non avec une autre approche. La plupart des études indiquent que les conditions essentielles pour de tels groupes sont la présence d'un facilitateur compétent, l'aspect volontaire des participants, l'absence de liens hiérarchiques entre ces derniers et la création d'un environnement de confiance. Le soutien reçu des pairs est habituellement un aspect fort apprécié d'une telle approche.

Chapitre 3

Proposition

La recension des écrits portant sur les soins palliatifs a fait ressortir que le personnel soignant en soins de longue durée bénéficierait de développer ses compétences en regard des soins palliatifs. Par contre, la proposition d'intervention vise les infirmières de ces établissements pour les raisons mentionnées au début du présent travail. D'autre part, il a aussi été souligné que celles-ci se sentent dévalorisées dans leur rôle. Une formation continue développée particulièrement pour elles pourrait permettre de contrer ce sentiment.

En ce qui a trait aux méthodes ou modèles pour guider la pratique réflexive, tel qu'évoqué précédemment, celles de Johns, d'Howatson-Jones ainsi que le cycle expérientiel de Kolb sont des approches s'exerçant de façon individuelle. Selon la recension des écrits empiriques et le cadre de référence, il apparaît que ces trois modèles ne sont pas à privilégier pour la proposition d'une activité de formation continue. En effet, tel que mentionné par Ghaye (2005), la pratique réflexive individuelle n'est pas suffisante pour amener un changement dans les milieux de travail. Par ailleurs, il n'est alors pas possible de profiter de la richesse que constituent l'expérience et la vision différente de collègues. Nous considérons aussi que le désavantage majeur d'un modèle individuel est le fait qu'il repose habituellement sur la volonté ou désir propre à chaque professionnel d'entreprendre une telle démarche ce qui peut varier grandement d'une personne à l'autre et qui pourra entraîner une perte de motivation à poursuivre une telle activité. La méthode qui retient donc notre attention pour guider la pratique réflexive est celle des incidents critiques puisque celle-ci s'exerce en groupe organisé et propose une démarche concrète par étapes.

Ainsi guidé par les recensions des écrits et le cadre de référence retenu, nous proposons une intervention de formation continue hybride composée de : 1) groupe de pratique réflexive basé sur des incidents critiques relatés par les participants; et 2) d'ateliers thématiques construits autour d'études de cas.

Comme le groupe de pratique réflexive favorise le savoir, le savoir-être et le savoir-faire (Morin, 2004) tout en étant ancré dans un contexte de pratique clinique, donc contextualisé, il est tout à fait compatible avec l'APC. De plus, la proposition répond au principe de pédagogie active de l'APC c'est-à-dire où l'apprenant joue un rôle actif dans la construction de ses apprentissages. L'apprentissage en groupe s'appuyant sur les principes du socioconstructivisme. La proposition s'inspire également du développement d'équipes de soins réflexives de Ghaye (2005) puisque le centre d'intérêt est l'apprentissage en équipe par le biais du partage, qu'elle est guidée par un facilitateur et qu'elle se centre sur ce qui est important aux yeux des participants, de leurs collègues et des patients. La proposition de l'intervention se fera en trois étapes telle que suggérée par Bailey et Graham (2007) soit la préparation, le processus et l'évaluation.

3.1 La préparation

3.1.1 Le soutien organisationnel. Tel que vu dans la recension des écrits, le soutien organisationnel est très important pour la mise en place d'une telle intervention. De plus, tel que soutenu par le cadre de référence, pour que l'expérience de travail devienne une source d'apprentissage, il est primordial de prendre en considération la culture organisationnelle. Selon Payette et Champagne (1997), le rôle de la personne développant un projet de groupes de pratique réflexive comporte deux dimensions soient la dimension stratégique et la

dimension opérationnelle. À cette étape, il est important, de statuer sur l'envergure du projet ainsi que d'évaluer les ressources financières, humaines et matérielles requises. Ensuite, il faut prévoir impliquer les différentes parties concernées afin d'obtenir leur approbation quant à la mise en place d'un tel projet. Il faudra faire inscrire cette activité au plan de développement des compétences annuel afin de s'assurer de la libération des infirmières pendant les heures de travail. Les directions à interpeller seront la direction des soins infirmiers, la direction de l'hébergement ainsi que la direction des ressources humaines. Il faudra leur présenter le projet, ses objectifs et mentionner que cette activité est complémentaire aux autres formes de développement des compétences. L'idée centrale du projet à promouvoir étant de permettre aux participants : « d'apprendre sur sa propre pratique, en écoutant et en aidant des collègues à cheminer dans la compréhension et l'amélioration effective de leur pratique » (Payette & Champagne, 1997, p. 8). Les gestionnaires cliniques auront un rôle de promotion de la pratique réflexive et d'encourager la participation des infirmières intéressées.

3.1.2 Le recrutement des participantes. Pour procéder au recrutement, une tournée de promotion et d'information concernant la nature et les objectifs du groupe de pratique réflexive sera nécessaire, des dépliants d'information pourraient aussi être remis (Bailey & Graham, 2007). Tel que discuté dans la revue de littérature, il est primordial que la participation soit sur une base volontaire. Il sera important à ce moment d'aviser les infirmières que cette approche peut ne pas convenir à toutes puisque le processus implique de parler et de réfléchir sur sa pratique en incluant les aspects émotifs que certaines situations peuvent susciter. Une ouverture à recevoir des commentaires, un intérêt à vouloir améliorer sa pratique ainsi qu'une capacité à l'écoute attentive et à donner de la rétroaction positive ou un point de vue différent seront des qualités recherchées chez les participants. Selon Payette et

Champagne (1997), ces conditions exigent une maturité et une certaine confiance en soi de la part des participants à défaut de quoi, la personne qui n'expose pas ses préoccupations personnelles entraîne une perte de temps et d'énergie pour le reste du groupe. Les infirmières recrutées devront aussi être motivées et prêtes à investir du temps personnel dans le but de préparer celles-ci. Tel que soutenu par le cadre de référence, il sera important de s'intéresser à la relation de confiance entre collègues ainsi qu'aux relations déjà existantes puisque plusieurs participantes peuvent être en relation de travail au quotidien. D'autre part, tel que discuté dans la recension des écrits en soins palliatifs, les infirmières en soins de longue durée vivent beaucoup de stress et éprouvent souvent des symptômes de deuil. Le groupe se voudra également un lieu d'échange et de soutien mutuel. En somme, si un climat de confiance, un bon esprit d'équipe, une véritable communication, une réflexion structurée ainsi que le sentiment d'être soutenu émergent lors des rencontres, le développement d'un équipe réflexive sera alors possible (Ghaye, 2005).

La composition du groupe visera des participants possédant diverses années d'expérience puisque cela s'avère être un facteur positif (Dubé & Ducharme, 2014; Goudreau et al., sous-presse). Carter et Walker (2008) soulignent d'ailleurs que les groupes de pratique réflexive peuvent bénéficier aux infirmières à divers stades de leur pratique, autant aux praticiennes expérimentées qu'aux étudiantes. Il sera également important de réfléchir à la taille du groupe puisque cela influencera tout le déroulement des activités. McVey et Jones (2012) suggèrent que la taille des groupes soit petite pour permettre à tous de s'exprimer. Selon Kember (2001), les groupes de pratique réflexive devraient inclure entre 6 et 12 personnes afin de favoriser les interactions et le sentiment d'intimité. Idéalement, aucun lien hiérarchique entre les participants ne devra être présent afin de faciliter les échanges

(Bailey & Graham, 2007). Dans le même sens, Duke et Appleton (2000) recommandent un maximum de 10 participants. Le groupe visera donc idéalement un maximum de 12 et un minimum de 8 personnes volontaires afin d'éviter un nombre insuffisant de participants lors des rencontres puisqu'il faut estimer qu'il y aura un certain nombre d'absences, ce qui constitue une variable incontournable dans tout projet de ce genre. Le recrutement des infirmières pourra être effectué sur différents sites de la même organisation ou divers quart de travail.

3.1.3 Le recrutement-rôle du facilitateur. Tel que constaté dans la revue de littérature, plusieurs études soulignent l'importance du rôle de facilitateur qui anime le groupe de pratique réflexive (Bailey & Graham, 2007; Boucher, 2007; Dawber, 2013b; McVey & Jones, 2012; Olofsson, 2005; Vachon et al., 2010). Selon Rich et Parker (1995), sans un facilitateur compétent, le processus peut être anxiogène pour les participants surtout lorsqu'il s'agira d'exposer aux autres une facette plus vulnérable. Cet aspect est d'autant plus important si on tient compte de la thématique des soins palliatifs retenue dans le cadre de ce projet. Le rôle du facilitateur est donc crucial au bon déroulement des rencontres afin d'atteindre l'objectif que le processus de réflexion soit fructueux et porteur de changement.

Selon Dawber (2013b), le rôle du facilitateur d'un groupe de pratique réflexive est de susciter la participation et implique qu'il possède des habilités pour questionner ainsi que pour permettre aux participants de naviguer à travers les aspects cognitifs, émotifs et narratifs de la pratique réflexive. L'auteur souligne aussi que le facilitateur doit tenir compte du climat organisationnel et du contexte de travail dans lesquels le groupe de pratique réflexive prend place. Le facilitateur doit être en mesure de faire cheminer les participants lorsqu'ils vivent des situations émotives plus difficiles, gérer les conflits qui se présentent ainsi qu'être une

personne ressource (Boucher, 2007). Payette et Champagne (1997) mentionnent aussi que le facilitateur doit être une personne ressource, un expert de la démarche et qu'il doit posséder des habiletés de relation d'aide. Les auteurs résument le rôle en quatre facettes : facilitateur, expert, formateur et modèle. Atkins et Schutz (2008) insistent sur l'idée que le facilitateur doit être un modèle de rôle en tant que praticien réflexif lui-même en plus d'être un éducateur ou superviseur expérimenté qui possède les habiletés pour travailler avec des apprenants adultes. Selon Carter et Walker (2008), il est crucial que le facilitateur soit capable d'établir un environnement de confiance et sécuritaire pour les participants et se fasse le gardien du respect de l'horaire établi.

Une attention particulière devrait être apportée à la sélection du facilitateur selon les principes soulignés dans la revue des écrits. Préférentiellement, il faudra sélectionner un candidat ayant du leadership, qui possède une bonne compréhension de la pratique réflexive, de la culture organisationnelle du milieu ainsi que de la réalité de la pratique clinique des infirmières travaillant en soins de longue durée. De plus, il devra avoir de la crédibilité auprès de celles-ci. Afin d'optimiser l'ouverture, la confiance et les possibilités de discussions authentiques au sein du groupe, il serait préférable d'opter pour une personne n'ayant pas de lien hiérarchique ou d'autorité avec les participantes (Bailey & Graham, 2007). D'ailleurs, une approche de type hiérarchique est fortement critiquée par Carter et Walker (2008). Les chefs d'unité de vie ou les chefs d'activités cliniques ne seront donc pas retenus pour jouer ce rôle. La candidate idéale apparaît donc comme une conseillère en soins infirmiers puisqu'elle possède de l'expérience en formation, en gestion de projets ou animation de comités. De plus, celle-ci est reconnue pour son leadership et son expertise. Il sera important de sélectionner une conseillère possédant une solide base de connaissances en soins palliatifs, particulièrement

pour l'animation des ateliers thématiques où elle sera responsable d'apporter les meilleures pratiques. Il serait pertinent d'offrir à la personne choisie une supervision appropriée par un expert (interne ou externe) tel que le recommandent Carter et Walker ainsi qu'Haddock (1997) afin que celle-ci se sente soutenue et puisse assumer son rôle avec plus d'efficacité et de confiance. Afin de minimiser les impacts financiers, cette personne devra assumer le rôle de facilitateur dans le cadre de ses fonctions régulières de conseillère. Par contre, tout le temps consacré à ce projet devra être prévu et pris en compte dans sa charge de travail afin que ce projet ne soit pas simplement un ajout à ses fonctions habituelles.

3.2 Le processus

3.2.1 La durée et la fréquence des rencontres. Tel que discuté dans la recension des écrits précédemment, il n'y a pas de consensus quant à la durée des rencontres. Les propositions de différents auteurs allant de 30 minutes à 3,5 heures. Il faut donc ici plutôt considérer la méthode retenue pour guider le choix ainsi que le cadre de référence qui suggère que le développement de travailleurs réflexifs prend un certain temps. La méthode retenue prévoit 3,5 heures selon les trois étapes suivantes :

- 1) Retour sur plan d'action/rencontre précédente : 30 minutes;
- 2) Travail de groupe : 1,5 à 2 heures;
- 3) Atelier thématique : 1 à 1,5 heure.

Par ailleurs, sachant que les formations impliquant moins d'une demi-journée (3,5 heures) ne génèrent habituellement pas de remplacement pour les infirmières, celles-ci ont alors le souci de toutes les activités à accomplir sur leurs unités et ont l'habitude de retarder ou annuler leur présence aux formations au moindre imprévu. Afin de favoriser une présence

assidue et attentive, aspects cruciaux dans le cadre de groupe de pratique réflexive, l'idéal est donc la libération des infirmières, pendant leur quart de travail, pour une demi-journée. Bien que cela ait un impact sur l'aspect financier (coût du remplacement et du temps rémunéré), cet aspect aura été préalablement négocié auprès des parties concernées à l'étape de préparation.

En ce qui a trait à la fréquence des rencontres, il faut tenir compte de la possibilité pour chaque participant d'analyser un incident critique de sa pratique ainsi qu'une fréquence permettant un travail entre les rencontres, mais suffisamment rapprochée pour maximiser l'impact. Tel que Bailey et Graham (2007) recommandent, une fréquence aux 5 à 6 semaines sur une période d'une année, excluant la période estivale, pour un total de 8 rencontres serait donc à privilégier. La planification des dates pourrait se faire par tranches de deux à trois rencontres à la fois, ce qui serait probablement plus facile à gérer pour les infirmières participantes.

3.2.2 Le déroulement. Tout d'abord, la première rencontre aura pour but de permettre au facilitateur d'aborder des aspects primordiaux, d'ailleurs identifiés dans la recension des écrits, soient de prendre le temps d'expliquer ce qu'est la pratique réflexive, le but et le déroulement des rencontres ainsi que d'établir des règles de fonctionnement. Le cadre de référence retenu soutient d'ailleurs l'importance d'établir de règles de fonctionnement claires. Ces règles doivent préciser l'engagement des participants par l'assiduité à assister aux rencontres, la qualité de la présence, la participation et le respect de la confidentialité (Payette & Champagne, 1997). À cela, Carter et Walker (2008) ajoutent que les participants doivent avoir une attitude ouverte pour discuter de leur pratique et recevoir des commentaires, faire de l'écoute active et s'abstenir de poser des jugements sur les autres participants.

Afin d'établir un climat de confiance, Carter et Walker (2008) suggèrent de faire une activité « brise-glace » pour permettre aux participants de mieux se connaître. L'activité peut être simple telle qu'un tour de table afin que chacun se présente ou elle peut être non reliée aux activités professionnelles telle la description de ce qu'ils ont fait lors de leurs dernières vacances.

Cette première rencontre permettra aussi au facilitateur de guider les participants dans le choix d'un incident critique qu'ils auront à présenter et discuter. Selon Leclerc et al. (2010), trois critères doivent être respectés pour ce faire : 1) les incidents doivent relater des situations vécues; 2) les incidents doivent être circonscrits dans le temps; et 3) les incidents doivent se déployer dans une interaction sociale. Par ailleurs, Freshwater et Esterhuizen (2008) proposent des lignes directrices pour guider les infirmières dans le choix d'un incident critique soient : 1) la présence d'un sentiment que l'intervention a fait une différence sur les résultats obtenus; 2) la situation a été inhabituellement bien; 3) la situation capture l'essence des soins infirmiers; 4) la situation était particulièrement demandante; 5) la situation a été particulièrement satisfaisante; ou 6) la présence d'un sentiment que les interventions auraient pu être faites différemment.

Un calendrier établi d'avance par le facilitateur permettra de déterminer quel participant présentera aux dates convenues. Après avoir reçu les explications nécessaires à la première rencontre, les participants seront invités à compléter la grille d'analyse d'incidents critiques de Leclerc et al. (2010) (voir Appendice B). Celle-ci permet aux participants de donner leur première interprétation, sans filtre, de l'incident en y incluant les aspects émotifs et ses croyances. Lors des rencontres, le participant désigné fera la narration de son incident en se référant à sa grille d'analyse. Les autres participants seront ensuite invités à poser des

questions, ce qui aidera le narrateur à se sentir écouté, compris ainsi que de lui permettre de clarifier et compléter son récit. Cela permet également au groupe de partager une compréhension commune. Le facilitateur doit s'assurer que les questions restent centrées sur le vécu de l'expérience et de l'action afin d'éviter que le narrateur se sente obligé de se justifier (Leclerc et al., 2010).

Par la suite, vient le moment de l'analyse dans lequel les membres du groupe et le facilitateur s'engagent dans un dialogue et expriment leurs réactions ou points de vue sur l'incident. Les membres seront invités à donner des commentaires, de la rétroaction, des suggestions ou des conseils. Parfois le groupe jouera un rôle de soutien affectif envers le narrateur et d'autres fois il établira des liens entre différents éléments de l'incident décrit. Selon Leclerc et al. (2010), le groupe peut inciter le narrateur à mieux saisir la complexité des émotions impliquées dans la situation afin de lui permettre de clarifier celles qui pourraient se révéler être contradictoires avec son interprétation de la situation. Le groupe peut aussi susciter une réflexion chez le narrateur quant à ses intentions afin de distinguer s'il y a conflits d'intentions (ce qui est dit versus ce qui est fait). Leclerc et al. (2010) indiquent qu'à ce moment de la rencontre :

En analysant les liens entre les effets recherchés par le sujet, les stratégies qu'il choisit spontanément et les effets qu'il produit, le groupe peut aider ce dernier à comprendre comment certaines stratégies, efficaces dans la majorité des cas, peuvent éventuellement s'avérer inappropriées ou contre-productives. (p. 25)

Pour clore le travail de groupe, le facilitateur fera une synthèse des conflits d'interprétations perçus par les participants, ainsi que de leurs commentaires et suggestions. À ce moment, le narrateur est incité à prendre des notes pour ensuite déterminer ce qui est pertinent pour lui. Il pourra prendre un moment afin de réfléchir puis présentera les pistes retenues et un plan d'action concret qu'il est en mesure de mettre en œuvre rapidement.

Chaque rencontre, sauf la première, débutera par le retour sur la rencontre précédente où l'infirmière ayant fait la narration sera invitée à faire un suivi sur les actions concrètes entreprises. Cette étape permettra aux infirmières de mettre en action et d'intégrer les nouveaux apprentissages, les nouvelles façons de faire et les processus de réflexion acquis lors des rencontres.

L'étape suivante sera celle des ateliers thématiques. La recension des écrits sur les soins palliatifs en soins de longue durée a permis de faire ressortir plusieurs besoins de formation des soignants tels que :

- la gestion de la douleur et des symptômes physique en fin de vie (Brazil et al., 2004; Brazil & Vohra, 2005; Carlson, 2007; Goodridge et al., 2005; Phillips et al., 2006; Whittaker et al., 2006);
- l'identification de la phase terminale en soins de longue durée (Birch & Draper, 2008; Goodridge et al., 2005; Kaasalainen et al., 2007; Miller et al., 2004; Mitchell et al., 2004; Sachs et al., 2004; Thompson et al., 2008; Wetle et al., 2005; Wowchuk et al., 2006);
- la communication avec le résident/famille en soins palliatifs (Caron, 2004; Dreyer et al., 2009; Lopez, 2007; Shield et al., 2005; Vohra et al., 2006; Wetle et al., 2005);
- l'enseignement à la famille relié à la prise de décision en fin de vie d'un proche (Ben Natan, 2008; Brazil & Vohra, 2005; Caron, 2004; Caron et al., 2005; Dreyer et al., 2009; Goodridge et al., 2005; Kaasalainen et al., 2007; Thompson et al., 2008; Vohra et al., 2004);

- la gestion des situations conflictuelles avec le résident/famille en soins palliatifs (Abrahamson et al., 2009; Chen et al., 2007; Dreyer et al., 2009; Gjerberg et al., 2010; Lopez, 2007; Munn & Zimmerman, 2006; Port, 2004)
- les directives anticipées (Birch & Draper, 2008; Brazil et al., 2006; Silvester et al., 2013);
- les aspects légaux et éthiques en soins palliatifs (Gjerberg et al., 2010; Whittaker et al., 2006);
- l'approche palliative en soins de longue durée (Phillips et al., 2006, 2008; Sutton & Dalley, 2008; Whittaker et al., 2006);
- les pratiques exemplaires en soins palliatifs (Silvester et al., 2013; Wetle et al., 2005);
- l'accompagnement au deuil (Goodridge et al., 2005; Kaasalainen et al., 2007; Shield et al., 2005; Vohra et al., 2006; Whittaker et al., 2006);
- prendre soin de soi en tant que soignant (Alderson, 2005; Daneault & Mongeau, 2006; Graham et al., 2005; Kaasalainen et al., 2007; Kennedy, 2005; Phillips et al., 2006; Touhy et al., 2005; Rickerson et al., 2005);
- les besoins psychologiques et affectifs du résident et sa famille lors de la fin de vie (Ben Natan, 2008; Bephage, 2008; Higgins, 2013; Jolley & Moreland, 2011; Katz et al., 2001; Wallace & O'Shea, 2007).

Un tableau résumant ceux-ci pourra alors être soumis aux participants lors de la première rencontre afin que ceux-ci puissent identifier en groupe leurs besoins prioritaires. Les ateliers porteront donc sur les thèmes sélectionnés par les participants qui reflèteront ainsi le portrait actuel de leurs besoins.

Pour ces ateliers thématiques, l'étude de cas est la formule pédagogique retenue. Chamberland, Lavoie, et Marquis (2011) proposent comme définition de cette formule une : « Proposition, à un petit groupe, d'un problème réel ou fictif en vue de poser un diagnostic, de proposer des solutions et de déduire des règles ou des principes applicables à des cas similaires. » (p. 91). Il s'agit d'une formule sociocentree qui est très motivante pour les apprenants et efficace pour développer la capacité de ceux-ci à résoudre des problèmes (Chamberland et al., 2011).

En ce qui a trait à l'utilisation de l'étude de cas en sciences infirmières, celle-ci permet aux apprenants d'appliquer des connaissances antérieures, d'en intégrer de nouvelles ainsi que de favoriser la résolution de problème, la prise de décision, la pensée critique, la capacité d'introspection et les habiletés de communication (Tomey, 2003). Selon White, Amos, et Kouzekanani (1999) cette méthode est particulièrement appropriée en formation continue auprès des infirmières puisque les apprenantes adultes souhaitent une pédagogie active tel que soutenu par l'APC.

Par contre, il faut être conscient que cette formule requiert beaucoup de temps dans son expérimentation ainsi que dans l'élaboration des cas. Le facilitateur sera responsable de cette élaboration et pourra avoir recours à divers moyens tels que des textes écrits, un témoignage ou un enregistrement vidéo. Ce dernier devra garder à l'esprit que les informations fournies aux apprenants, dans la rédaction des cas, doivent être objectives, claires, réalistes, complètes et exhaustives ainsi que d'être d'un degré de difficulté suffisamment élevé puisque l'intervention s'adresse à des professionnels dans le cadre d'une formation continue (Chamberland et al., 2011). Afin d'obtenir de bonnes études de cas, il faut garder à l'esprit les

éléments essentiels à bien mettre en place tels que le cadre dans lequel se déploie la situation, le déroulement de l'action, les personnages, l'atmosphère et le thème (Harrison, 2012).

La combinaison de cette formule au groupe de pratique réflexive permettra d'éviter les écueils habituellement associés à l'étude de cas tel que le fait qu'il s'agit d'une formule impersonnelle et qui met les facteurs émotifs de côté au profit des facteurs intellectuels.

3.3 L'évaluation

Le processus d'évaluation est une étape incontournable lors d'une intervention de formation continue malgré que la réalité des milieux de travail fait qu'elle soit souvent escamotée. Cette étape permet de vérifier si l'activité a atteint les objectifs. L'évaluation proposée se déploie sur deux dimensions soient au niveau des participants et au niveau de l'intervention.

Au niveau des participants, à la fin de chaque rencontre, ces derniers seront invités à discuter de ce qu'ils retiennent de la séance et donner leurs impressions sur ce qui a bien ou moins bien fonctionné afin d'améliorer l'efficacité du travail de groupe. En prenant conscience des apprentissages réalisés, les participants seront ainsi en mesure d'évaluer le développement de certaines de leurs compétences ayant eu lieu dans le cadre de l'intervention.

Au niveau de l'intervention, il s'agit ici d'évaluer celle-ci dans son ensemble à la fin de l'année. L'outil privilégié pour procéder à cette collecte d'information a été élaboré en s'inspirant de celui de Dubé (2012) (voir Appendice C). Les questions ouvertes, à réponses brèves permettront de recueillir les impressions des participants sur le développement de leurs habiletés réflexives, les savoirs développés et la pertinence de ce moyen pour l'amélioration des pratiques en soins palliatifs (Dubé, 2012). Les avantages de ce questionnaire sont 1) le

temps requis pour le compléter qui est évalué à environ 30 minutes; et 2) son caractère anonyme puisqu'aucun nom n'y est demandé. Pour une analyse rigoureuse des données, la personne responsable de la formation pourrait s'adjoindre une ou plusieurs personnes possédant une expertise dans le domaine de la recherche. Le recrutement de telles personnes sera grandement facilité si le milieu de travail est un centre affilié ou désigné universitaire sinon la direction de la qualité pourra être interpellée.

Discussion

Les objectifs de départ du présent travail étaient : 1) d'effectuer une revue intégrative des écrits sur les soins palliatifs en contexte de soins de longue durée; 2) d'effectuer une revue intégrative des écrits sur la pratique réflexive en formation continue; et 3) de proposer une intervention concrète de pratique réflexive en lien avec les soins palliatifs auprès d'infirmières travaillant en CHSLD. Un bon tour d'horizon de la littérature au sujet des soins palliatifs en soins de longue durée ainsi que sur la pratique réflexive a été réalisé, mais n'a pas permis de poser un regard sur les sujets aussi approfondi que souhaité sur les deux aspects puisque les deux sujets sont très vastes.

Les écrits sur les soins palliatifs en soins de longue durée étant abondants, il aurait été préférable de mieux cibler les critères d'inclusion et d'exclusion. En ce qui a trait à la pratique réflexive, le cadre de référence a permis de guider la recension des écrits pour cibler les articles empiriques en contexte clinique en tant stratégie de développement des compétences. Par contre, il aurait pu être enrichissant d'intégrer les écrits en contexte académique puisque ces milieux sont habituellement à l'avant garde en ce qui a trait aux méthodes pédagogiques. Par ailleurs, les recensions effectuées ont pu mettre de l'avant de nombreuses études réalisées au Canada (ainsi qu'au Québec) ce qui permet de limiter la critique voulant qu'un contexte très différent rende l'application des résultats difficiles dans un contexte tel que le nôtre.

Fondée sur un cadre de référence combinant l'APC et le développement d'équipes réflexives, la proposition d'intervention est constituée de deux composantes soit des groupes de pratique réflexive basés sur des incidents critiques relatés par les participants et des ateliers thématiques construits autour d'études de cas. Ainsi, la proposition s'inscrit dans le cadre d'une pédagogie active et ancrée dans la pratique professionnelle. Elle

tient compte des structure et culture organisationnelles et a pour but de transformer les expériences professionnelles en connaissances utiles afin de prodiguer des soins de qualité en favorisant la réflexion des infirmières. D'autre part, l'utilisation de plus d'une stratégie pédagogique rend la proposition plus efficace pour favoriser l'intégration des apprentissages (Lasnier, 2000).

De plus, les groupes de pratique réflexive ont l'avantage d'être une des méthodes qui a le plus d'impacts sur les changements de pratique (Payette, 2000). À ce sujet, Payette et Champagne (1997) affirment d'ailleurs que :

(...) seul le travail collectif d'expression de pensée, de création, de résolution de problèmes, d'élaboration et de conduite de projets permet d'accéder à certains types d'apprentissages et à certaines sortes de prise de conscience (*insight*). (...) L'apprentissage en groupe est caractérisé par l'activation d'énergies intellectuelles et affectives riches et complexes. (p. 26)

Ces groupes de pratique réflexive ont un grand potentiel pour aider les infirmières à réfléchir sur leur pratique quotidienne, par contre, il ne faut pas oublier que cela comporte également certains défis tels que le travail de groupe qui peut parfois être difficile et susciter un sentiment d'anxiété anticipatoire chez certains participants (Carter & Walker, 2008).

Par ailleurs, la proposition apparaît être une stratégie pertinente dans le cadre des soins palliatifs (Appleton, 2008; Bailey & Graham, 2007; Graham et al., 2005). Une telle intervention de formation continue peut contribuer au développement de l'expertise du personnel dans ce domaine. Une revue de littérature réalisée par Hall, Kolliakou, Petkova, Froggatt, et Higginson (2011) soutient notamment que ce développement est une piste prometteuse pour l'amélioration des soins palliatifs dans le contexte des soins de longue durée.

Le présent travail nous a permis de bien comprendre les fondements et les différentes formes que peut prendre la pratique réflexive. Nous avons aussi découvert plusieurs aspects en

ce qui a trait aux soins palliatifs en soins de longue durée tels que l'aspect chronique qu'ils peuvent revêtir, l'importance primordiale à accorder aux familles et les nombreuses difficultés vécues par le personnel soignant.

Tout au long du processus, il a été possible de développer une meilleure compréhension des diverses sources et méthodologies employées dans les écrits ainsi qu'un regard plus critique sur la littérature disponible.

Aucune étude n'a pu être répertoriée en ce qui a trait à des groupes de pratique réflexive en soins de longue durée et seulement quelques-unes ont trait aux soins palliatifs. Les études empiriques cliniques se déployant majoritairement dans les milieux hospitaliers. Le présent travail a donc un aspect novateur en ce sens qu'il conjugue les soins palliatifs en soins de longue durée et la pratique réflexive. Une proposition associant l'étude de cas et un groupe de pratique réflexive est également une approche qui, à notre connaissance, n'a pas été explorée auparavant.

Toutefois, la proposition requiert des ressources financières, ne serait-ce qu'en termes de libération des infirmières, ainsi qu'une ouverture, du soutien et un intérêt pour les soins palliatifs de la part du milieu de travail (Payette & Champagne, 1997). Ces conditions pourraient être difficiles à réunir dans le contexte actuel du système de la santé ou les coupures et les réorganisations dominant actuellement. Il faudra donc que la personne souhaitant développer un tel projet démontre du leadership, de la créativité et crée des alliances stratégiques avec les parties concernées.

Conclusion

Tel que démontré dans la recension des écrits portant sur les soins palliatifs en soins de longue durée, la clientèle de ces établissements a des besoins complexes et nécessite du personnel soignant formé et particulièrement en ce qui a trait aux soins en fin de vie. Il y a plus d'une dizaine d'années, l'Organisation Mondiale pour la Santé avait déjà mis la table afin d'améliorer les soins palliatifs offerts aux personnes âgées en recommandant, entre autres, du personnel soignant mieux formé en soins palliatifs gériatriques (Davies, Higginson, & World Health Organization, 2004). Force est de constater qu'il y a encore grandement place à l'amélioration dans ce domaine en soins de longue durée.

La deuxième recension des écrits portant sur la pratique réflexive a permis de constater que cette dernière demeure un concept possédant de nombreuses définitions et qu'il existe une grande variété de termes pour la qualifier. Une harmonisation du vocabulaire dans les prochaines recherches empiriques pourrait grandement faciliter l'accumulation de résultats probants permettant ainsi de soutenir une telle activité pédagogique. De plus, tel que mentionné précédemment, aucune étude n'a été recensée à ce jour sur la pratique réflexive en soins de longue durée, il serait fort pertinent que de futures recherches s'y intéressent.

Les infirmières travaillant en soins de longue durée, de par leur position de leader au sein des équipes de soins, sont les mieux placées pour agir comme agent de changement. Malheureusement, elles sont souvent seules pour plusieurs unités de soins et se retrouvent isolées avec de lourdes responsabilités et peu de possibilités d'avoir du temps pour réfléchir et partager avec leurs collègues infirmières. Une intervention de formation continue sur les soins de fin de vie a donc été proposée pour celles-ci. Cette intervention hybride est composée de groupe de pratique réflexive basée sur des incidents critiques ainsi que d'ateliers thématiques

sous forme d'études de cas. Ces études de cas portant sur des thèmes identifiés comme les principales difficultés ou lacunes du personnel soignant en regard des soins palliatifs.

Cette intervention de formation inspirée d'une pédagogie active et s'appuyant sur les expériences de travail paraît être un moyen novateur pour soutenir le développement professionnel des infirmières et ainsi favoriser une meilleure qualité de soins palliatifs. Par contre, les organisations de soins doivent mettre les conditions facilitantes en place et soutenir de telles initiatives.

Avec la *Loi concernant les soins de fin de vie* adoptée récemment et tout le débat l'ayant entouré préalablement, la société québécoise manifeste un désir de remettre à l'avant-plan les soins palliatifs. Dans ce domaine, il est essentiel de ne pas oublier les plus vulnérables tels que les résidents en soins de longue durée qui devraient aussi bénéficier de soins palliatifs de qualité.

Références

- Abbey, J., Froggatt, K. A., Parker, D., & Abbey, B. (2006). Palliative care in long-term care: A system in change. *International Journal of Older People Nursing*, 1(1), 56-63.
- Abrahamson, K., Jill Sutor, J., & Pillemer, K. (2009). Conflict between nursing home staff and residents' families: Does it increase burnout? *Journal of Aging & Health*, 21(6), 895-912. doi: 10.1177/0898264309340695
- Alderson, M. (2005). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance. *Recherche en Soins Infirmiers*(80), 76-86.
- Appleton, A. (2008). Using reflection in a palliative care education programme. Dans C. Bulman & S. Schutz (Éds), *Reflective practice in nursing* (4^e éd., pp. 109-136). Oxford: Blackwell Publishing.
- Ashby, C. (2006). Models for reflective practice. *Practice Nurse*, 32(10), 28.
- Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (2014). *Pour la qualité de vie des personnes hébergées en CHSLD. Mémoire*. Repéré à http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/memoires/MEM_AQESSS_CHSLD_20140214_VF.pdf
- Atkins, S. (2004). Developing underlying skills. Dans C. Bulman & S. Schultz (Éds), *Reflective practice in nursing* (3^e éd., pp. 25-46). Oxford: Blackwell Publishing.
- Atkins, S., & Murphy, K. (1993). Reflection: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 18(8), 1188-1192.
- Atkins, S., & Schutz, S. (2008). Developing the skills for reflective practice. Dans C. Bulman & S. Schutz (Éds), *Reflective practice in nursing* (4^e éd., pp. 25-54). Oxford: Blackwell Publishing.
- Bailey, M. E., & Graham, M. M. (2007). Introducing guided group reflective practice in an Irish palliative care unit. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(11), 555-560.
- Balas-Chanel, A. (2013). *La pratique réflexive : Un outil de développement des compétences infirmières*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Bauer, M., & Nay, R. (2003). Family and staff partnerships in long-term care: A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(10), 46-53.
- Ben Natan, M. (2008). Perceptions of nurses, families, and residents in nursing homes concerning residents' needs. *International Journal of Nursing Practice*, 14(3), 195-199.

- Bephage, G. (2008). Care approaches to spirituality and dementia. *Nursing & Residential Care*, 10(3), 134-137.
- Birch, D., & Draper, J. (2008). A critical literature review exploring the challenges of delivering effective palliative care to older people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 17(9), 1144-1163. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02220.x
- Bolmsjo, I. A. (2008). End-of-life care for old people: A review of the literature. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 25(4), 328-338.
- Boucher, C. (2007). Using reflective practice as a management development tool in a Victorian Health Service. *Reflective Practice*, 8(2), 227-240.
- Boud, D., Keogh, R., & Walker, D. (1985). *Reflection: Turning experience into learning*. London: Kogan Page.
- Boutet, M. (2004). *La pratique réflexive: Un apprentissage à partir de ses pratiques*. Repéré à http://formationspip.csafluents.qc.ca/sites/csafluents.qc.ca/formationspip/IMG/pdf/Boutet_M_Pratique_reflexive.pdf
- Boyd, E. M., & Fales, A. W. (1983). Reflective learning: Key to learning from experience. *Journal of Humanistic Psychology*, 23(2), 99-117.
- Brazil, K., Krueger, P., Bedard, M., Kelley, L., McAiney, C., Justice, C., & Taniguchi, A. (2006). Quality of care for residents dying in Ontario long-term care facilities: Findings from a survey of directors of care. *Journal of Palliative Care*, 22(1), 18-25.
- Brazil, K., McAiney, C., Caron-O'Brien, M., Kelley, M. L., O'Krafka, P., & Sturdy-Smith, C. (2004). Quality end-of-life care in long-term care facilities: Service providers' perspective. *Journal of Palliative Care*, 20(2), 85-92.
- Brazil, K., & Vohra, J. U. (2005). Identifying educational needs in end-of-life care for staff and families of residents in care facilities. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(9), 475-480.
- Bulman, C. (2008). An introduction to reflection. Dans C. Bulman & S. Schutz (Éds), *Reflective practice in nursing* (4^e éd., pp. 1-24). Oxford: Blackwell Publishing.
- Butler, K. M. (2004). The use of critical reflection in baccalaureate nursing education. *Nursing Leadership Forum*, 8(4), 138-145.
- Carlson, A. L. (2007). Death in the nursing home: Resident, family, and staff perspectives. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(4), 32-41.
- Caron, C. (2004). Fin de vie et démence : soutenir les aidants familiaux lorsque des décisions surviennent. *La Gérotoise*, 15(1), 21-33.

- Caron, C. D., Griffith, J., & Arcand, M. (2005). Decision making at the end of life in dementia: How family caregivers perceive their interactions with health care providers in long-term-care settings. *Journal of Applied Gerontology*, 24(3), 231-247.
- Carter, B., & Walker, E. (2008). Using group approaches to underpin reflection, supervision and learning. Dans C. Bulman & S. Schutz (Éds), *Reflective practice in nursing* (4^e éd., pp. 137-162). Oxford: Blackwell Publishing.
- Chamberland, G., Lavoie, L., & Marquis, D. (2011). *20 formules pédagogiques*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Chen, J. H., Chan, D. C., Kiely, D. K., Morris, J. N., & Mitchell, S. L. (2007). Terminal trajectories of functional decline in the long-term care setting. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(5), 531-536.
- Cirotto, M. (2007). How reflective practice improves nurses' critical thinking ability. *Gastroenterology Nursing*, 30(6), 405-413.
- Daneault, S., & Mongeau, S. (2006). Des soignants souffrants dans un système en difficulté. Dans *Souffrance et médecine* (pp. 109-121). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Davies, E., Higginson, I., & World Health Organization. (2004). *Better palliative care for older people*. Repéré à http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf
- Dawber, C. (2013a). Reflective practice groups for nurses: A consultation liaison psychiatry nursing initiative: Part 2-the evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 241-248. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00841.x
- Dawber, C. (2013b). Reflective practice groups for nurses: A consultation liaison psychiatry nursing initiative: Part 1 - the model. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(2), 135-144. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00839.x
- Dreyer, A., Forde, R., & Nortvedt, P. (2009). Autonomy at the end of life: Life-prolonging treatment in nursing homes - relatives' role in the decision-making process. *Journal of Medical Ethics*, 35(11), 672-677. doi: 10.1136/jme.2009.030668
- Dubé, V. (2012). *Développement, mise à l'essai et évaluation d'une intervention de pratique réflexive avec des infirmières oeuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, QC. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8623>
- Dubé, V., & Ducharme, F. (2014). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance hospitalized elderly care: A mixed method study. *Journal for Nurses in Professional Development*, 30(1), 34-41. doi: 10.1097/NND.0000000000000028

- Duke, S., & Appleton, J. (2000). The use of reflection in a palliative care programme: A quantitative study of the development of reflective skills over an academic year. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1557-1568.
- Engel, S. E., Kiely, D. K., & Mitchell, S. L. (2006). Satisfaction with end-of-life care for nursing home residents with advanced dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(10), 1567-1572. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00900.x
- Estabrooks, C. A., Chong, H., Brigidear, K., & Profetto-McGrath, J. (2005). Profiling Canadian nurses' preferred knowledge sources for clinical practice. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 37(2), 118-140.
- Fornieris, S. G., & Peden-McAlpine, C. (2007). Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 410-421. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04120.x
- Freshwater, D., & Esterhuizen, P. (2008). Reflective narratives: Developing a career. Dans D. Freshwater, B. J. Taylor & G. Sherwood (Éds), *International textbook of reflective practice in nursing* (pp. 223-239). Oxford: Blackwell Publishing.
- Freshwater, D., Horton-Deutsch, S., Sherwood, G., & Taylor, B. J. (2005). *The scholarship of reflective practice*. Repéré à http://www.nursingsociety.org/aboutus/PositionPapers/Documents/resource_reflective.pdf
- Ghaye, T. (2005). *Developing the reflective healthcare team*. Oxford, Malden, MA: Blackwell.
- Gjerberg, E., Førde, R., & Bjørndal, A. (2011). Staff and family relationships in end-of-life nursing home care. *Nursing Ethics*, 18(1), 42-53. doi: 10.1177/0969733010386160
- Gjerberg, E., Førde, R., Pedersen, R., & Bollig, G. (2010). Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Social Science & Medicine*, 71(4), 677-684. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.03.059
- Goodridge, D., Bond, J. B., Jr., Cameron, C., & McKean, E. (2005). End-of-life care in a nursing home: A study of family, nurse and healthcare aide perspectives. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(5), 226-232.
- Goudreau, J., Pepin, J., Dubois, S., Boyer, L., Larue, C., & Legault, A. (2009). A second generation of the competency-based approach to nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 1p. doi: 10.2202/1548-923X.1685
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Dubois, S., Descôteaux, R., Lavoie, P., & Dumont, K. (sous-*presse*). A competency-based approach to education: Implementing a series of 30-minute reflective practice sessions on eight care units. *Nurse Education in Practice*.

- Graham, I. W., Andrewes, T., & Clark, L. (2005). Mutual suffering: A nurse's story of caring for the living as they are dying. *International Journal of Nursing Practice*, 11(6), 277-285.
- Gustafsson, C., Asp, M., & Fagerberg, I. (2007). Reflective practice in nursing care: Embedded assumptions in qualitative studies. *International Journal of Nursing Practice*, 13(3), 151-160. doi: 10.1111/j.1440-172X.2007.00620.x
- Gustafsson, C., & Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 271-280.
- Haddock, J. (1997). Reflection in groups: Contextual and theoretical considerations within nurse education and practice. *Nurse Education Today*, 17(5), 381-385.
- Hall, S., Kolliakou, A., Petkova, H., Froggatt, K., & Higginson, I. J. (2011). Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. *Cochrane Database System Review*(3), 1-30. doi: 10.1002/14651858.CD007132.pub2
- Harrison, E. (2012). How to develop well-written case studies: The essential elements. *Nurse Educator*, 37(2), 67-70. doi: 10.1097/NNE.0b013e3182461ba2
- Higgins, P. (2013). Meeting the religious needs of residents with dementia. *Nursing Older People*, 25(9), 25-29. doi: 10.7748/nop2013.11.25.9.25.e501
- Hill, T. E., Ginsburg, M., Citko, J., & Cadogan, M. (2005). Improving end-of-life care in nursing facilities: The community state partnership to improve end-of-life care--California. *Journal of Palliative Medicine*, 8(2), 300-312. doi: 10.1089/jpm.2005.8.300
- Hirakawa, Y., Masuda, Y., Kuzuya, M., Iguchi, A., & Uemura, K. (2007). Non-medical palliative care and education to improve end-of-life care at geriatric health services facilities: A nationwide questionnaire survey of chief nurses. *Geriatrics & Gerontology International*, 7(3), 266-270.
- Holmström, I., Larsson, J., Lindberg, E., & Rosenqvist, U. (2004). Improving the diabetes-patient encounter by reflective tutoring for staff. *Patient Education and Counseling*, 53(3), 325-332. doi: 10.1016/j.pec.2003.12.013
- Holmström, I., & Rosenqvist, U. (2004). Interventions to support reflection and learning: A qualitative study. *Learning in Health & Social Care*, 3(4), 203-212.
- Howatson-Jones, L. (2013). *Reflective practice in nursing* (2^e éd.). Los Angeles, CA: Sage.
- Jarvis, P. (1992). Reflective practice and nursing. *Nurse Education Today*, 12(3), 174-181.
- Johns, C. (1995). The value of reflective practice for nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 4(1), 23-30. doi: 10.1111/j.1365-2702.1995.tb00006.x

- Johns, C. (2010). *Guided reflection a narrative approach to advancing professional practice* (2^e éd.). Chichester, West Sussex: Blackwell Pub.
- Jolley, D., & Moreland, N. (2011). Dementia care: Spiritual and faith perspectives. *Nursing & Residential Care*, 13(8), 388-391.
- Kaasalainen, S., Brazil, K., Ploeg, J., & Martin, L. S. (2007). Nurses' perceptions around providing palliative care for long-term care residents with dementia. *Journal of Palliative Care*, 23(3), 173-180.
- Katz, J. S., Sidell, M., & Komaromy, C. (2001). Dying in long-term care facilities: Support needs of other residents, relatives, and staff. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 18(5), 321-326.
- Kember, D. (2001). *Reflective teaching and learning in the health professions*. Oxford: Blackwell Science.
- Kennedy, B. R. (2005). Stress and burnout of nursing staff working with geriatric clients in long-term care. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 381-382. doi: 10.1111/j.1547-5069.2005.00065.x
- Kinsella, E. A. (2009). Professional knowledge and the epistemology of reflective practice. *Nursing Philosophy*, 11(1), 3-14.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Kristjanson, L. J., Walton, J., & Toye, C. (2005). End-of-life challenges in residential aged care facilities: A case for a palliative approach to care. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(3), 127-129.
- Larue, C., Dubois, S., Girard, F., Goudreau, J., & Dumont, K. (2013). Le développement continu des compétences de raisonnement clinique et de leadership : facteurs personnels et facteurs organisationnels. *Recherche en soins infirmiers*(112), 76-87.
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal : Guérin.
- Leclerc, B.-S., Lessard, S., Bechenec, C., Le Gal, E., Benoit, S., & Bellerose, L. (2014). Attitudes toward death, dying, end-of-life palliative care, and interdisciplinary practice in long term care workers. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(3), 207-213. doi: 10.1016/j.jamda.2013.11.017
- Leclerc, C., Bourassa, B., & Filteau, O. (2010). Utilisation de la méthode des incidents critiques dans une perspective d'explication, d'analyse critique et de transformation des pratiques professionnelles. *Education et francophonie*, 28(1), 11-32.

- Legault, A., & Ducharme, F. (2009). Advocating for a parent with dementia in a long-term care facility: The process experienced by daughters. *Journal of Family Nursing*, 15(2), 198-219. doi: 10.1177/1074840709332929
- Levesque, L., Ducharme, F., Legault, A., & Giroux, F. (2004). Intervention pour promouvoir la reconnaissance des droits des familles d'un parent âgé atteint de démence en milieu d'hébergement. *Recherche en soins infirmiers*(77), 29-40.
- Levine, R. B., Kern, D. E., & Wright, S. M. (2008). The impact of prompted narrative writing during internship on reflective practice: A qualitative study. *Advances in Health Sciences Education* 13(5), 723-733. doi: 10.1007/s10459-007-9079-x
- Lopez, R. P. (2007). Suffering and dying nursing home residents: Nurses perceptions of the role of family members. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 9(3), 141-149.
- Lopez, S. H. (2006). Culture change management in long-term care: A shop-floor view. *Politics & Society*, 34(1), 55-80. doi: 10.1177/0032329205284756
- Mamede, S., & Schmidt, H. G. (2004). The structure of reflective practice in medicine. *Medical Education*, 38(12), 1302-1308.
- Mamede, S., & Schmidt, H. G. (2005). Correlates of reflective practice in medicine. *Advances in Health Sciences Education*, 10(4), 327-337.
- Mamede, S., Schmidt, H. G., & Penaforte, J. C. (2008). Effects of reflective practice on the accuracy of medical diagnoses. *Medical Education*, 42(5), 468-475.
- Mann, K., Gordon, J., & Macleod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 14(4), 595-621. doi: 10.1007/s10459-007-9090-2
- Mantzoukas, S., & Jasper, M. A. (2004). Reflective practice and daily ward reality: A covert power game. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), 925-933. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01008.x
- Marcoux, H., & Léveillé, G. (2006). Les soins de fin de vie. Dans P. Voyer (Éd.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD* (pp. 543-565). St-Laurent : ERPI.
- McBrien, B. (2007). Learning from practice-reflections on a critical incident. *Accident and Emergency Nursing*, 15(3), 128-133. doi: 10.1016/j.aen.2007.03.004
- McVey, J., & Jones, T. (2012). Assessing the value of facilitated reflective practice groups. *Cancer Nursing Practice*, 11(8), 32-37.

- Miller, S. C., Teno, J. M., & Mor, V. (2004). Hospice and palliative care in nursing homes. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20(4), 717-734, vii. doi: 10.1016/j.cger.2004.07.005
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Info-établissement, Bulletin d'information statistique sur les ressources institutionnelles du système sociosanitaire québécois*. Repéré à <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=AAMD0g7o8j8=>
- Mino, J. C., & Frattini, M. O. (2009). Chronic palliative care: Specific practices for Alzheimer's disease sufferers. *Journal of Palliative Care*, 25(4), 257-263.
- Mitchell, S. L., Kiely, D. K., & Hamel, M. B. (2004). Dying with advanced dementia in the nursing home. *Archives of Internal Medicine*, 164(3), 321-326.
- Morin, E. (2004). Le codéveloppement : comment apprendre en travaillant! *Capital humain FRP Groupe Conseil*, 10(2). Repéré à http://www.aliaconseil.com/File/bulletin/novembre_2004.pdf
- Munn, J. C., Dobbs, D., Meier, A., Williams, C. S., Biola, H., & Zimmerman, S. (2008). The end-of-life experience in long-term care: Five themes identified from focus groups with residents, family members, and staff. *The Gerontologist*, 48(4), 485-494.
- Munn, J. C., & Zimmerman, S. (2006). A good death for residents of long-term care: Family members speak. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 2(3), 45-59.
- Olofsson, B. (2005). Opening up: Psychiatric nurses' experiences of participating in reflection groups focusing on the use of coercion. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12(3), 259-267. doi: 10.1111/j.1365-2850.2005.00827.x
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2013). *Quality assurance: Program requirements*. Repéré à <http://www.cno.org/fr/assurance-de-la-qualite/autoevaluation/>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2002). *L'exercice infirmier en soins de longue durée : Au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie*. . Bibliothèque nationale du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2013, 28 octobre). *Communiqués; Diminution de la présence infirmière en CHSLD*. Repéré à <http://www.oiiq.org/salle-de-presse/communiques/diminution-de-la-presence-infirmiere-en-chsld>
- Österlind, J., Hansebo, G., Andersson, J., Ternstedt, B.-M., & Hellström, I. (2011). A discourse of silence: Professional carers reasoning about death and dying in nursing homes. *Ageing & Society*, 31(Part 4), 529-544.
- Oyamada, K. (2012). Experiences of a critical reflection program for mid-career nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 9(1), 9-18. doi: 10.1111/j.1742-7924.2011.00178.x

- Parker, D. L., Webb, J., & D'Souza, B. (1995). The value of critical incident analysis as an educational tool and its relationship to experiential learning. *Nurse Education Today*, 15(2), 111-116.
- Payette, A. (2000). Le groupe de codéveloppement et d'action formation. *Effectif*, 3(2), 30-35.
- Payette, A., & Champagne, C. (1997). *Le groupe de codéveloppement professionnel*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Peden-McAlpine, C., Tomlinson, P. S., Forneris, S. G., Genck, G., & Meiers, S. J. (2005). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance family care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 494-501. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03322.x
- Percival, J., & Johnson, M. (2013). End-of-life care in nursing and care homes. *Nursing Times*, 109(1-2), 20-22.
- Perrenoud, P. (2010). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant : professionnalisation et raison pédagogique*. (5^e éd.). Issy-les-Moulineaux: ESF Ed.
- Phillips, J., Davidson, P. M., Jackson, D., Kristjanson, L., Daly, J., & Curran, J. (2006). Residential aged care: The last frontier for palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 416-424. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03945.x
- Phillips, J. L., Davidson, P. M., Jackson, D., & Kristjanson, L. J. (2008). Multi-faceted palliative care intervention: Aged care nurses' and care assistants' perceptions and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 216-227. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04600.x
- Port, C. L. (2004). Identifying changeable barriers to family involvement in the nursing home for cognitively impaired residents. *Gerontologist*, 44(6), 770-778.
- Reid, B. (1993). "But we're doing it already!" Exploring a response to the concept of reflective practice in order to improve its facilitation. *Nurse Education Today*, 13(4), 305-309.
- Reynolds, K., Henderson, M., Schulman, A., & Hanson, L. C. (2002). Needs of the dying in nursing homes. *Journal of Palliative Medicine*, 5(6), 895-901.
- Rich, A., & Parker, D. L. (1995). Reflection and critical incident analysis: Ethical and moral implications of their use within nursing and midwifery education. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1050-1057. doi: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb03104.x
- Rickerson, E. M., Somers, C., Allen, C. M., Lewis, B., Strumpf, N., & Casarett, D. J. (2005). How well are we caring for caregivers? Prevalence of grief-related symptoms and need for bereavement support among long-term care staff. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(3), 227-233. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.04.005

- Roy, A. (2008). L'oral au service des habiletés réflexives. *Québec français*(149), 87-88.
- Sachs, G. A., Shega, J. W., & Cox-Hayley, D. (2004). Barriers to excellent end-of-life care for patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine*, 19(10), 1057-1063. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.30329.x
- Schofield, P. (2006). Pain management of older people in care homes: A pilot study. *British Journal of Nursing*, 15(9), 509-514.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Schön, D. A. (1994). *Le praticien réflexif : À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions Logiques.
- Schutz, S. (2007). Reflection and reflective practice. *Community Practitioner*, 80(9), 26-29.
- Shield, R. R., Wetle, T., Teno, J., Miller, S. C., & Welch, L. (2005). Physicians "missing in action": Family perspectives on physician and staffing problems in end-of-life care in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(10), 1651-1657. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53505.x
- Silvester, W., Fullam, R. S., Parslow, R. A., Lewis, V. J., Sjanta, R., Jackson, L., . . . Gilchrist, J. (2013). Quality of advance care planning policy and practice in residential aged care facilities in Australia. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 3(3), 349-357. doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000262
- Simpson, E., & Courtney, M. (2007). A framework guiding critical thinking through reflective journal documentation: A Middle Eastern experience. *International Journal of Nursing Practice*, 13(4), 203-208. doi: 10.1111/j.1440-172X.2007.00629.x
- Stillman, D., Strumpf, N., Capezuti, E., & Tuch, H. (2005). Staff perceptions concerning barriers and facilitators to end-of-life care in the nursing home. *Geriatric Nursing*, 26(4), 259-264.
- Sutton, L., & Dalley, J. (2008). Reflection in an intermediate care team. *Physiotherapy*, 94(1), 63-70.
- Talbot, L. R., & Landry, M. (2006). L'intégration des familles et des proches aidants. Dans P. Voyer (Éd.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD* (pp. 457-469). St-Laurent : ERPI.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Éducation.

- Teno, J. M., Clarridge, B. R., Casey, V., Welch, L. C., Wetle, T., Shield, R., & Mor, V. (2004). Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *Journal of the American Medical Association*, 291(1), 88-93. doi: 10.1001/jama.291.1.88
- Thompson, G. N., Menec, V. H., Chochinov, H. M., & McClement, S. E. (2008). Family satisfaction with care of a dying loved one in nursing homes: What makes the difference? *Journal of Gerontological Nursing*, 34(12), 37-44. doi: 10.3928/00989134-20081201-10
- Tomey, A. M. (2003). Learning with cases. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 34(1), 34-38.
- Touhy, T. A., Brown, C., & Smith, C. J. (2005). Spiritual caring: End of life in a nursing home. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(9), 27-35.
- Turcotte, A. (2012). *Processus de facilitation d'une pratique reflexive, de type codeveloppement, aupres d'infirmieres pivots en oncologie et son influence sur leur pratique professionnelle* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, QC. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8580>
- Vachon, B., Durand, M. J., & LeBlanc, J. (2010). Using reflective learning to improve the impact of continuing education in the context of work rehabilitation. *Advances in Health Sciences Education*, 15(3), 329-348. doi: 10.1007/s10459-009-9200-4
- Vohra, J. U., Brazil, K., Hanna, S., & Abelson, J. (2004). Family perceptions of end-of-life care in long-term care facilities. *Journal of Palliative Care*, 20(4), 297-302.
- Vohra, J. U., Brazil, K., & Szala-Meneok, K. (2006). The last word: Family members' descriptions of end-of-life care in long-term care facilities. *Journal of Palliative Care*, 22(1), 33-39.
- Voyer, P., Collin, F., Racine, S., & Bourque, M. (2013). Principes des soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie dans divers milieux cliniques. Dans P. Voyer (Éd.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2^e éd., pp. 30-48). St-Laurent, Québec : ERPI.
- Wallace, M., & O'Shea, E. (2007). Perceptions of spirituality and spiritual care among older nursing home residents at the end of life. *Holistic Nursing Practice*, 21(6), 285-289. doi: 10.1097/01.HNP.0000298611.02352.46
- Wetle, T., Shield, R., Teno, J., Miller, S. C., & Welch, L. (2005). Family perspectives on end-of-life care experiences in nursing homes. *The Gerontologist*, 45(5), 642-650.
- White, M. J., Amos, E., & Kouzekanani, K. (1999). Problem-based learning. An outcomes study. *Nurse Educator*, 24(2), 33-36.

- Whittaker, E., George Kernohan, W., Hasson, F., Howard, V., & McLaughlin, D. (2006). The palliative care education needs of nursing home staff. *Nurse Education Today*, 26(6), 501-510. doi: 10.1016/j.nedt.2006.01.004
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- Williams, K. N., Ilten, T., & Bower, H. (2005). Meeting communication needs: Topics of talk in the nursing home. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 43(7), 38-47.
- Wowchuk, S. M., McClement, S., & Bond, J., Jr. (2006). The challenge of providing palliative care in the nursing home: Part 1 external factors. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(6), 260-267.
- Wowchuk, S. M., McClement, S., & Bond, J., Jr. (2007). The challenge of providing palliative care in the nursing home part II: Internal factors. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(7), 345-350.

Appendice A

Modèle TA²LK de Ghaye (2005)

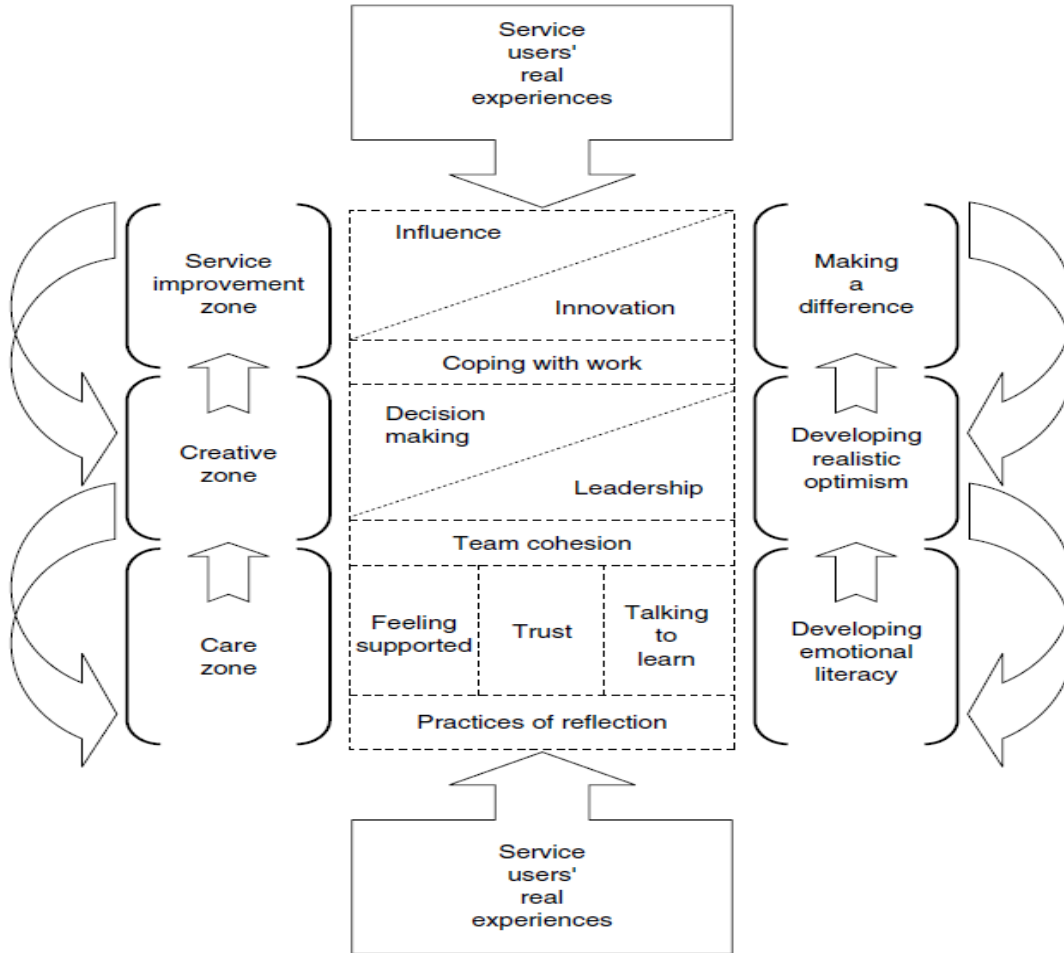


Figure 3. Modèle générique et holistique pour le développement d'équipes de soins réflexives selon le modèle TA²LK. Reproduit de *Developing the reflective healthcare team* (p. 224), par T. Ghaye, 2005, Oxford, Malden, MA: Blackwell. Copyright 2005 de John Wiley and Sons. Reproduit avec autorisation.

Appendice B

Grille d'analyse d'incidents critiques de Leclerc, Bourassa & Filteau (2010)

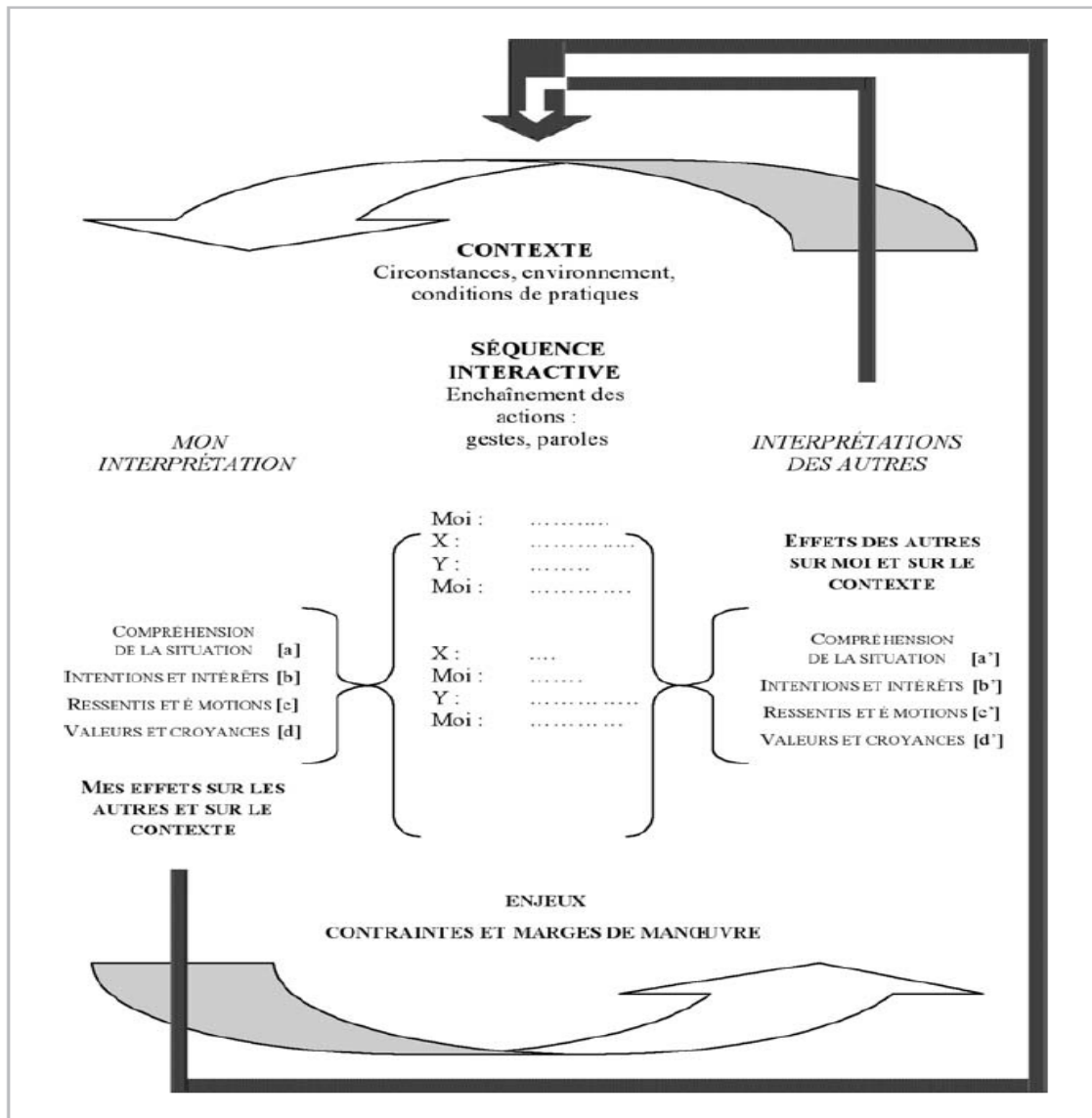


Figure 4. Grille d'analyse d'incidents critiques. Reproduit de « Utilisation de la méthode des incidents critiques dans une perspective d'explication, d'analyse critique et de transformation des pratiques professionnelles » de C. Leclerc, B., Bourassa et O. Filteau, 2010, Éducation et francophonie, 28(1), p. 21. Copyright 2010 de l'Association Canadienne d'Éducation de Langue Française. Reproduit avec autorisation.

Appendice C

Questionnaire de satisfaction sur la formation

Merci de compléter ce formulaire afin de permettre l'évaluation votre expérience de formation continue dans le but d'améliorer l'offre de formation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et le questionnaire est anonyme.

1. Comment décririez-vous votre expérience?
2. Qu'avez-vous le plus apprécié? Pourquoi?
3. Qu'avez-vous le moins apprécié? Pourquoi?
4. De façon générale, qu'avez-vous appris suite à cette formation?
5. Quelles habiletés croyez-vous avoir développées?
6. Selon vous, en quoi la pratique réflexive peut-elle être un moyen d'améliorer la pratique infirmière?
7. Pourriez-vous donner un exemple concret issu de votre pratique clinique qui illustre un changement dans votre pratique suite à cette formation?
8. Est-ce que l'animateur était à votre écoute et a permis un déroulement optimal lors des groupes de pratique réflexive? Développez votre réponse.
9. Quels ateliers thématiques avez-vous trouvé les plus pertinents?
10. Croyez-vous qu'il serait pertinent d'offrir cette formation à nouveau?
11. Que proposeriez-vous pour améliorer cette formation?
12. Croyez-vous qu'il serait pertinent d'offrir ce type de formation sur d'autres sujets? Si oui, lesquels?
13. Est-ce que le local et l'horaire était adéquat? Si non, que suggérez-vous?
14. Suggestions, commentaires.